

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

A DEAMBULAÇÃO NA PRIMEIRA FASE DO TRABALHO DE PARTO
Deambulation in the first stage of labour

Relatório final de estágio orientado pela Prof.(a) Doutora Marinha Carneiro

Silvana Catarina Faria Ribeiro Correia

Porto | 2017

Dedico este trabalho:

À minha mãe, ao meu namorado, ao Joaquim, aos meus avós e ao meu padrinho pelo apoio e incentivo.

À Professora Doutora Marinha Carneiro pela paciência, incentivo, orientação, apoio, disponibilidade, rigor e competência científica.

À Maria José Castro pelo apoio, disponibilidade e sugestões.

Às Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica Alexandra Seabra, Maria João Monteiro, Maria José Lemos e Sílvia Caçador pela partilha de conhecimentos e pela disponibilidade.

À equipa multidisciplinar do Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar São João pela possibilidade de aprendizagem e pelo trabalho de equipa.

SIGLAS E ABREVIATURAS

APPT – Ameaça de Parto Pré-Termo

AU – Altura Uterina

BCF- Batimentos Cardíacos Fetais

BCG- Bacilo Calmette-Guérin (Tuberculose)

BPM- Batimentos por Minuto

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CTG – Cardiotocografia

DG-Diabetes Gestacional

DGS – Direção Geral de Saúde

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

FAME- Federación de Asociaciones de Matronas de España

FCF- Frequência Cardíaca Fetal

FIGO- Federação Internacional de Ginecologia e Obstétrica

HBV- Vírus da Hepatite B

HTA – Hipertensão Arterial

ICN- International Council of Nurses

IG – Idade Gestacional

ITU- Infecção Trato Urinário

LA – Líquido Amniótico

MESMO- Mestrado Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia.

NICE- National Institute for Health and Care Excellence

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS-Organização Mundial de Saúde

PA- Pressão Arterial

PCO2- Pressão Parcial de Dióxido de Carbono

PO2- Pressão Parcial de Oxigénio

PPT-Parto Pré Termo

RCIU-Restrição de Crescimento Intra Uterino

RPM-Rotura Prematura de Membranas

RN- Recém-nascido

SGB- Estreptococo β -hemolítico do Grupo B

TP- Trabalho de Parto

TPPT-Trabalho de Parto Pré Termo

RESUMO

O presente relatório de natureza profissional, tem como objetivo descrever o processo de desenvolvimento e aquisição de competências técnicas, científicas e relacionais do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, tendo por base o Regulamento do 2º Ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto para obtenção do grau de mestre.

Neste trabalho, são descritas as experiências vivenciadas e as atividades desenvolvidas durante o estágio de cariz profissionalizante, realizado no Centro Hospitalar São João que teve como objetivos: desenvolver competências ao nível do diagnóstico e intervenções de enfermagem que permitam a assistência especializada à mulher e à família na gravidez com complicações; desenvolver e demonstrar competências de suporte, diagnóstico e intervenções de enfermagem à mulher/família em situação de trabalho de parto e parto e assistência ao recém-nascido; desenvolver e demonstrar competências de suporte ao diagnóstico e intervenções de enfermagem que permitam a assistência especializada à mulher e família no puerpério e ao recém-nascido saudável e de risco em contexto hospitalar; adquirir competências que permitam analisar criticamente, argumentar e sistematizar ideias complexas e de inovação na área científica.

Tendo por pressuposto uma prática baseada na evidência, foi realizada uma revisão integrativa da literatura sobre: “A deambulação na primeira fase do trabalho de parto”, com o intuito de perceber de que forma a deambulação poderia influenciar na progressão do mesmo.

A escolha desta problemática revelou-se pertinente, pois a deambulação durante a primeira fase do trabalho de parto, era um aspeto desejável por algumas mulheres, temido por outras, aceite por determinados profissionais, reprovado por outros. Por esta controvérsia e também pelas vantagens que já se conhecem desta prática, pareceu importante conhecer os riscos bem como os benefícios da mesma, de modo a transmitir informações claras, concisas e seguras à parturiente de forma a empoderá-la para ser ativa no seu processo de tomada de decisão.

Palavras chave: Deambulação; Primeira fase do trabalho de parto; Trabalho de parto; Parto.

ABSTRACT

This professional report aims to describe the process of development and acquisition of technical, scientific and relational skills for Nurse Specialist in Maternal Nursing and Obstetric. It is based on the regulation of the second cycle of studies in ESEP, the School of Nursing of Porto.

In this work there is a description of the experiences and activities which took place during the professional stage in Centro Hospitalar S. João. The goals were the following: to develop competences concerning diagnosis and nurse interventions providing specialized assistance to pregnant women and their families during a complicated pregnancy; to develop and show competences of support, diagnosis and nursing interventions for women and families during childbirth/labour and assistance for newborns; to develop and show competences of support during the diagnosis and nursing interventions that allow specialized assistance to both women and families during puerperium and to healthy and at-risk newborns in a hospital context; and to acquire competences that allow us to analyse, argue and reinforce complex and innovative ideas in the scientific area.

Anchored in evidence-based practice, there was a full integrative revision of the literature about “Deambulation in the first stage of childbirth/labour”, with the purpose of understanding how deambulation could influence its progression.

The choice of this subject matter seemed pertinent, because deambulation during the first phase or stage of childbirth was important and desirable for some women, feared by others, accepted by some professionals and disapproved of by others. Because of this controversy and also because of the known advantages of this practice, it seemed important to know the risks as well as the benefits, in order to enable the sharing of clear, precise and safe information with the pregnant woman or mother-to-be. Thanks to this, she can feel empowered to be active in the decision-making process.

Keywords: Ambulation; First Stage Labour; Obstetric Labour; Delivery.

Índice

INTRODUÇÃO	9
1. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES	11
2. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO.....	29
2.1 A deambulação na primeira fase do trabalho de parto.....	59
2.1.1 Introdução ao problema	60
2.1.2 Método.....	62
2.1.3 Resultados.....	64
2.1.4 Discussão.....	70
2.1.5 Conclusão	73
3. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO PERÍODO PÓS PARTO E CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO.....	75
4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS AO LONGO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE	99
CONCLUSÃO	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
ANEXOS	115
Anexo I- Classificação das práticas no parto normal do guia da OMS.....	115

Índice de Figuras

FIGURA 1: Esquema sobre revisão integrativa da literatura (Botelho, 2011).....	62
FIGURA 2: Grávidas cuidadas	100
FIGURA 3: Parturientes cuidadas	101
FIGURA 4: Puérperas e RN cuidados	101
FIGURA 5: Partos executados.....	102

Índice de Tabelas

TABELA 1: Pesquisa de artigos	64
TABELA 2: Artigos da revisão integrativa da literatura	69

INTRODUÇÃO

O processo de formação no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), permite ao estudante, segundo o preconizado no plano de estudos, optar pela realização de um estágio, de cariz profissionalizante, a desenvolver no âmbito da Gravidez, Trabalho de Parto e Pós-Parto.

Os objetivos primordiais da elaboração deste relatório passam por apresentar o relatório de estágio individual, retratando as atividades e experiências desenvolvidas ao longo do estágio para a aquisição e desenvolvimento de competências específicas e ainda pela realização de uma revisão integrativa sobre uma temática pertinente.

Assim sendo, este relatório está dividido em três partes fundamentais: a primeira referente ao módulo de gravidez com complicações, a segunda parte será reservada às competências adquiridas no âmbito do trabalho de parto e parto, dentro deste módulo foi realizada uma revisão integrativa sobre a temática “A deambulação e a primeira fase do trabalho de parto” e por último, uma terceira parte relacionada com o autocuidado no pós-parto e parentalidade.

Tendo em conta o Regulamento do 2º ciclo de estudos, bem como o regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) da Ordem dos Enfermeiros (OE) de 2010, este estágio com caráter profissionalizante tem como objetivos: desenvolver competências ao nível do diagnóstico e intervenções de enfermagem que permitam a assistência especializada à mulher e à família na gravidez com complicações; desenvolver e demonstrar competências de suporte, diagnóstico e intervenções de enfermagem à mulher/família em situação de trabalho de parto e parto e assistência ao recém-nascido; desenvolver e demonstrar competências de suporte ao diagnóstico e intervenções de enfermagem que permitam a assistência especializada à mulher e família no puerpério e ao recém-nascido saudável e de risco em contexto hospitalar; adquirir competências que permitam analisar criticamente, argumentar e sistematizar ideias complexas e de inovação na área científica; operacionalizar competências de análise e síntese inerentes à elaboração do relatório final; partilhar os conhecimentos emergentes dos resultados de estágio.

Este relatório de estágio para além de considerar os objetivos supra citados, visa também a realização de uma revisão integrativa numa área relevante. Sendo assim, a temática escolhida foi a “ A deambulação e a primeira fase do trabalho de parto”. Como futuros

Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica este tema revelou-se pertinente na medida em que é uma intervenção autónoma e a sua aplicabilidade poderá traduzir-se numa prática que respeite a individualidade, a dignidade e a autonomia da parturiente/casal na vivência de um processo tão significativo como o trabalho de parto.

Todas as mulheres são únicas, com personalidades distintas, a vivenciarem o processo de trabalho de parto de forma particular. Deste modo torna-se perentório a implementação de práticas específicas benéficas na promoção do processo fisiológico do trabalho de parto, nascimento e pós-parto, como “Apoiar a liberdade de movimentos oferecendo instrumentos que possibilitem a posição vertical” (Pinheiro et al., 2012, p. 23).

Apesar da prevalência contínua da posição supina, outras opções podem ser oferecidas às mulheres em trabalho de parto. No entanto, continua a haver diversas restrições impostas muitas vezes por protocolos, rotinas do serviço ou necessidade de monitorização (OMS, 1996).

A possibilidade ou não de as mulheres deambularem durante o trabalho de parto, e de poderem movimentar-se livremente, tem sido referida como um aspeto desejável pelas mulheres (Singh e Newburn, 2006). A OE (2015), refere que a mulher estar deitada em trabalho de parto em nada beneficia na evolução do mesmo pois pode haver maior risco de compressão da aorta abdominal, redução do diâmetro interespinhoso da bacia e descida mais lenta da apresentação fetal.

Comprovou-se cientificamente que quando a mulher se movimenta durante o trabalho de parto o útero contrai-se com mais eficiência, o fluxo sanguíneo que chega à placenta é mais abundante, o trabalho de parto é desenrolado de forma mais rápida e a dor menos intensa (Mamede et al, 2007). Lawrence, et al. (2009) corroboram afirmando que a deambulação permite a diminuição do tempo da primeira fase do trabalho de parto e da dor. Outra das razões apontada para promover a deambulação e as posições verticais prende-se com o facto de haver uma melhor adaptação do feto ao diâmetro da bacia prevenindo assim complicações no seu trajeto até à expulsão (Mamede et al, 2007).

Pelos motivos acima mencionados, esta temática pareceu relevante principalmente pelo âmbito de estágio em que este foi desenvolvido. O Centro Hospitalar São João (CHSJ) promove com frequência realização desta prática, por isso é de extrema importância que o enfermeiro especialista esteja informado para poder transmitir orientações baseadas na evidência que possam suportar a sua prática profissional.

1. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

O módulo de Gravidez com complicações, realizado em contexto hospitalar no serviço de Medicina materno fetal, no CHSJ, foi um momento de aprendizagem de extrema importância quer pela observação da realidade, quer pela aplicabilidade prática de todos os conhecimentos teóricos e teórico-práticos, que nos foram transmitidos, para assim adquirir as competências inerentes ao EESMO.

A Unidade de Obstetrícia e Medicina Materno Fetal presta assistência diferenciada à mulher enquanto grávida, parturiente e puérpera, nomeadamente em casos de doença materna, específica ou associada à gravidez e em casos de doença fetal. Esta unidade possui o estatuto de Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado, Centro de Diagnóstico Pré-Natal homologado pela Direção Geral de Saúde (DGS) e está integrado num Hospital Central que engloba diversas valências de cuidados diferenciados.

Para este módulo, fazem parte os seguintes objetivos gerais: desenvolver competências de suporte, competências de diagnóstico e intervenções de enfermagem que permitam a assistência especializada à mulher e família na gravidez com complicações.

Para a concretização dos objetivos supramencionados, foram definidas estratégias e intervenções tais como: manter uma postura de interesse e disponibilidade para a aprendizagem, de forma adquirir e consolidar conhecimentos teóricos e destreza prática para prestar cuidados de excelência; integrar na equipa multidisciplinar; perceber e familiarizar com rotinas e material existente no serviço; consultar e estudar protocolos do serviço de forma a adequar os cuidados; manter a privacidade da grávida e família; prestar cuidados de enfermagem que promovam a autonomia, de forma a garantir sempre o consentimento informado, a segurança e o conforto da utente e família; respeitar crenças, cultura e direitos da grávida e família prestando cuidados individualizados e culturalmente competentes; estabelecer uma relação terapêutica com a grávida e família de forma a amenizar o transtorno da necessidade de internamento (seja curto ou prolongado), criar uma atmosfera de confiança e disponibilidade; prestar cuidados de enfermagem à grávida e família durante o internamento no que se refere a autovigilância e autocuidado durante a gravidez de acordo com a teoria baseada na evidência; promover o uso de medidas não

farmacológicas de conforto para alívio da dor; identificar situações que podem afetar a saúde física e mental da grávida e família e implementar as respectivas intervenções e/ou referenciar as que estão além da atuação do profissional de enfermagem; ter a oportunidade de aprender acerca do sistema de registos de enfermagem utilizado no serviço de forma a planear cuidados de Enfermagem, permitindo assim uma uniformização da linguagem e evitando enviesamentos da informação.

De acordo com os objetivos mencionados e as estratégias para efetivar os mesmo, a expectativa para este módulo era incrementar ao máximo esta experiência, de forma a aprender e construir o que se denomina de uma prática de excelência.

De acordo com Regulamento das Competências Específicas do EESMO, a prestação de cuidados de enfermagem de excelência na prática profissional dos enfermeiros especialistas tem-se modificado nos últimos anos.

Esta progressão e visibilidade da profissão só pode ser alcançada com o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem e da prática profissional baseada em evidência, que deve reunir conhecimento e experiência clínica. A prática de enfermagem baseada em evidência é a “ (...) aplicação de informações válidas, relevantes, com base em pesquisas, na tomada de decisão do enfermeiro” (Cullum et al., 2010, p. 24). Segundo Craig e Smyth, (2004, p. 3), os enfermeiros “ (...) precisam desenvolver competências chave de forma a aceder e a utilizar, apropriadamente, a evidência na prática clínica (...) ”.

O EESMO deve ser dotado das competências necessárias para solucionar problemas de saúde complexos e intervir de forma justificada com conhecimentos científicos sólidos. O carácter científico da prática de enfermagem não depende apenas da transferência direta do conhecimento científico para a prática, mas também da avaliação da ciência para a sua heurística e poder explicativo, bem como da aplicação da racionalidade prática relativamente aos resultados esperados e requisitos situacionais (Kim, 2010). Sendo assim a formação contínua adquire um ato fundamental para uma tomada de decisão que culmine na intervenção mais adequada tendo sempre como premissa o mais alto nível de evidência científica face a cada situação específica na arte de cuidar.

A enfermagem é uma ciência que indubitavelmente deve fundamentar-se na investigação, como método rigoroso de aquisição de conhecimentos no sentido de ganhar visibilidade, alargar o seu campo de ação e facilitar o seu desenvolvimento como profissão.

Este módulo, “Gravidez com Complicações”, permitiu adquirir competências na área de patologia materno-fetal, garantindo oportunidade para refletir sobre a dimensão patológica do estado grávidico mas também analisar criticamente as práticas implementadas e a prestação de cuidados tendo como base de referência a evidência científica.

A gravidez é um evento biologicamente natural na vida de uma mulher, carregado de uma panóplia de emoções e sensações, que se desenvolve num contexto social e cultural que incontornavelmente influenciam e determinam a evolução da mesma.

Estar grávida significa, segundo Canavarro (2001), enfrentar um grande número de mudanças a nível biológico, psicológico e social, que exigem importantes ajustes individuais, assim como outros tantos interpessoais. É um momento único na vida da mulher, que pode ser considerado um tempo de grande felicidade, como também ser caracterizado algumas vezes por ansiedade, conflitos conscientes e inconscientes. Para que consigamos perceber o modo como cada mulher vivencia a gravidez, é importante obter dados sobre a sua vivência pessoal, o relacionamento familiar e a dinâmica do casal.

O período da gravidez é um momento de preparação para a parentalidade. Moro (2005, p. 259) diz-nos que:

“(...) Não nascemos pais, tornamo-nos pais (...) A parentalidade constrói-se com ingredientes complexos. Alguns deles são coletivos, pertencem à sociedade como um todo, mudam com o tempo, são históricos, jurídicos, sociais e culturais. Outros são mais íntimos, privados, conscientes ou inconscientes, pertencem a cada um dos pais enquanto pessoas, enquanto futuros pais, pertencem ao casal, à própria história familiar do pai e da mãe”.

Tornar-se pai e mãe é um dos maiores desafios que os seres humanos enfrentam pela responsabilidade que acarreta, pelas mudanças que envolve e pela necessária adaptação que o nascimento de uma criança provoca no seio familiar.

A adaptação à parentalidade engloba: comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez; empreender ações para se preparar para ser mãe ou pai; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados (CIPE, 2011).

A transição para a parentalidade é o modo como a pessoa responde à mudança ao longo do tempo, a pessoa inicia a transição quando necessita adaptar-se a uma nova situação ou circunstância, de modo a integrar a mudança na sua vida (Meleis, 2000; 2010). Esta transição implica: aceitação da gestação; identificação com o papel de mãe; reorganização dos

relacionamentos pessoais; estabelecimento de uma relação afetiva com o feto; preparação para a experiência do parto (Lowdermilk e Perry, 2008, p. 247-250). Por toda esta complexidade e reajustes que incontornavelmente são necessários, é uma transição com grande significado. Por conseguinte pode constituir a resposta a um pressuposto da espécie humana para a preservação, sobrevivência e reprodução da espécie. Por outro lado, relaciona-se com uma expectativa social relacionada com a passagem para o estatuto de adulto. Assumir um novo papel, habitualmente, é parte integrante dos projetos de vida em comum dos casais. A maternidade e a paternidade garantem o sentido de continuidade e revestem-se de experiências de grande significado pessoal (Aerde et al, 2016) .

Quando comparada com outras mudanças inerentes à vida adulta, a transição para a parentalidade está envolta de uma condição única: a irreversibilidade. Uma vez mãe ou pai, sempre pais (Cruz, 2005). Os pais necessitam de assumir comportamentos e habilidades para lidar com as mudanças implícitas que esta nova etapa irá acarretar nas suas vidas.

A gravidez como referido anteriormente, é um momento de grandes mudanças quer ao nível biológico, psicológico como social. A hospitalização, por si só, acarreta também diversos sentimentos e mudanças. Ambas as experiências têm fortes implicações para a mulher, para a sua família próxima e outros membros. Estas grávidas podem-se encontrar perante a impossibilidade de se prepararem para a maternidade, quer pela componente psicológica, como física ou mesmo pela organização e reestruturação da dinâmica familiar e dos recursos necessários. Sendo assim, é peremptório prestar cuidados de Enfermagem especializados à grávida com complicações que necessita de internamento, para que se possa assegurar o melhor desfecho possível.

Uma gestação é considerada de risco quando a probabilidade de se verificar um desfecho adverso para a grávida e/ou para o feto é superior à incidência dessa complicação na população em geral (Graça, 2010). Deste modo, na vigilância pré-natal é imprescindível a identificação de uma gravidez de risco, através de uma avaliação inicial pormenorizada (anamnese), com um exame objetivo, testes laboratoriais/analíticos e ecográficos que são realizados no decurso da gravidez.

Aquando do diagnóstico de uma gravidez com complicações, podem emergir vários sentimentos e emoções como: sentir-se vulnerável, sozinha, desamparada e insegura, desconfiando da sua capacidade de gerar uma vida e defrontando-se com a ameaça da perda do seu filho (Santos, 2003). Muitas das vezes assiste-se a uma perda de autoestima e culpabilização pela adversidade dos acontecimentos.

Uma gravidez de alto risco pode criar alterações ou mesmo roturas na dinâmica familiar, em termos dos recursos financeiros e mesmo na gestão das rotinas familiares. Advindo de uma hospitalização, podem assim ocorrer alterações no ritmo familiar e problemas para as gestantes, entre eles: afastamento da grávida do seu domicílio, dos familiares, das atividades profissionais e domésticas; adaptações da gestante ao novo ambiente e hábitos culturais; solidão, ansiedade, tédio, depressão e medo; sobrecarga de funções para alguns familiares, normalmente, o companheiro, passa a assumir o cuidado com os filhos e com a casa (White e Richie, 1984; Loos e Julius, 1989; Maloni e Ponder, 1997 cit. in. Zampieri, 2001).

Segundo os autores Loos e Julius, 1989; Clauson, 1996 cit in Zampieri, 2001, os sentimentos e atitudes que mais se destacam numa gravidez de risco são: o medo, decorrente da dúvida em relação à sobrevivência do filho e à própria vida; o distanciamento do feto e dos preparativos, relativos ao nascimento, com o intuito de evitar o sofrimento; o sentimento de culpa por não conduzir a gravidez de forma normal e, a falta de controlo da gestação e do próprio corpo. O sofrimento emocional durante a gravidez de alto risco inclui níveis mais elevados de ansiedade e depressão (Lutz e May, 2007).

A gravidez por si só já é um momento de alguma instabilidade emocional, esta será mais acentuada em algumas mulheres que noutras, dependendo da sua personalidade, das condições a que estão sujeitas, da qualidade de apoio que recebem e ainda das suas estratégias de coping. Tudo isto acrescido de alguma complicação e da necessidade de internamento, carece de um olhar atento por parte do enfermeiro, pois a chave dos cuidados de excelência são baseados num correto diagnóstico e intervenções individualizadas.

O período de tempo mais ou menos longo de internamento, o facto de permanecer num local desconhecido com pessoas estranhas com quem a grávida tem de partilhar o quarto, os cuidados especiais, a inatividade forçada e a receção passiva de cuidados transformam os quartos de internamento em espaços onde o sofrimento físico e psicológico, frequentemente se associam e se desenvolvem. A adversidade do momento promove assim uma maior vulnerabilidade da mulher (Lisboa, 1995), havendo uma perda de autonomia e controlo sobre si própria. Os profissionais da saúde devem sempre ter em conta o princípio da autonomia, deste modo, toda e qualquer decisão não deve ser forçada e deve ser sempre ponderada e tomada de forma consciente e informada.

O repouso parcial ou total, que normalmente é uma norma terapêutica muito adotada no tratamento das intercorrências na gravidez de alto risco pode em muitas das vezes gerar solidão, ansiedade, depressão, mudanças de humor, exaustão resultantes do isolamento e

confinamento ao leito, podendo provocar problemas musculares; alterações circulatórias; diminuição de energia e da capacidade mental (Maloni, 1993a/b, 1996, White e Ritchie, 1984; Schroeder, 1996 cit in Zampieri, 2001).

A gravidez com complicações é uma condição que engloba vários focos de atenção que foram tidos em conta durante a realização do estágio. É um momento de grande complexidade, tendo por isso sido encarada como um processo holístico não sendo circunscrita apenas ao aspeto biológico e patológico, mas considerando-se a grávida e a sua família como seres biopsicosociais.

Citando a Direção Geral de Saúde (DGS, 2013), a gravidez constitui uma ocasião privilegiada de contacto com os serviços de saúde e um momento único para avaliação do estado de saúde da mulher e da família. Assim, foi possível prestar cuidados especializados a grávidas em contexto de internamento com diversas patologias. Contudo, foram escolhidas aquelas que apareceram com mais regularidade, que de alguma forma suscitaram maior investigação e que implicaram um maior acompanhamento das utentes.

Sendo o CHSJ um centro de referência na assistência à mulher grávida, houve a oportunidade de contactar com inúmeras mulheres com diversas patologias entre elas: o abortamento e a vivência do luto; gravidez ectópica; infeções do trato urinário; diabetes gestacional (DG); colestase intra-hepática da gravidez; pré-eclampsia; ameaça de parto pré termo; rotura prematura de membranas; restrição de crescimento intra uterino; acretismo placentar; placenta prévia; hiperemese gravídica.

Independentemente da patologia, a avaliação de sinais vitais incluindo a pressão arterial (PA), a frequência cardíaca, a temperatura e a presença de dor foram parâmetros avaliados, conforme o protocolo do serviço, prescrição ou sempre que havia necessidade. A realização do exame cardiotocográfico ou a auscultação dos batimentos cardíacos fetais (BCF), eram avaliados uma vez por turno (ou sempre que necessário) e realizados de acordo com a idade gestacional.

Dentro desta diversidade de patologias, a vivência do luto e a ameaça de parto pré termo foram as situações que se destacaram pela sua incidência, pela necessidade de suporte à mulher e a família e pelas suas complicações. Sendo assim, estas duas temáticas mereceram maior ênfase neste relatório, de modo a refletir sobre a sua complexidade e adequação dos cuidados que foram prestados.

Foi possível vivenciar situações de casais que passaram pela experiência de sofrerem um aborto, alguns uma morte fetal e outras morte perinatal. Perante tais situações com potencialidade traumática coube-nos reconhecer o sofrimento que a perda gera nesses casais independentemente do tempo de gestação e prestar cuidados especializados.

Considerou-se pertinente abordar esta problemática, por ser pouco debatida entre os enfermeiros no que se refere às intervenções eficazes face à perda e ao luto. Por ser um acontecimento que altera as dinâmicas familiares, seguiu-se uma linha orientadora, tendo por base teorias já formuladas, de forma a apoiar as famílias que vivenciaram o luto de forma individualizada.

Para efetivar a nossa intervenção, foi necessária pesquisa científica sobre esta temática, pois considerou-se que o conhecimento baseado na evidência, pode ser facilitador na gestão dos sentimentos, emoções, assim como, para criar alicerces sólidos para a prática de enfermagem, de forma a lidar com o luto.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, o EESMO deve: identificar e monitorizar trabalho de abortamento; conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto; identificar complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação; conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à mulher com complicações pós-aborto; conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento; cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-aborto.

Segundo Gilbert e Harmon (2002), o aborto espontâneo é o final da gravidez de uma forma natural antes do feto atingir a viabilidade, é a complicação mais comum da gravidez e consiste na perda espontânea da gravidez antes da viabilidade (antes das 20 semanas de gestação) ou com peso fetal inferior a 500 gramas (Freitas, 2011). Em Portugal, desde 2002, que o aborto é considerado quando a gestação não completou as 24 semanas de idade gestacional, quer seja voluntário ou espontâneo. Após este tempo gestacional é considerada morte fetal (Graça, 2010).

Cerca de 15 a 20% das gravidezes terminam em aborto espontâneo, sendo que mais de 80% dos abortos acontecem antes das 12 semanas de gestação (Cunningham et al., 2013).

A morte perinatal é a morte do feto com mais de 28 semanas de gravidez ou do recém-nascido até 7 dias após o nascimento (David et al.,2011).

A existência de uma criança e da sua relação com o meio ambiente antecede o seu nascimento, esta começa ainda quando este se encontra em meio intrauterino ou até mesmo no imaginário dos que o desejam mesmo antes da sua concepção. Já nesta fase a criança é vista pelos pais como um ser único, com qualidades próprias, e que correspondem às expectativas de quem o imagina (Aerde et al, 2016).

O luto é a manifestação cultural e / ou pública do sofrimento através do comportamento de alguém (Roussel, 1995). É o processo através do qual a resolução do sofrimento pela perda pode ser ultrapassado. O luto associado a morte de uma criança acarreta um sofrimento particularmente intenso, complicado e duradouro, com grandes e inigualáveis flutuações dos sintomas ao longo do tempo. Em geral, o tempo de gestação é irrelevante na intensidade da vivência do luto (Aerde et al, 2016).

Em contexto de aprendizagem houve diversas situações de pais que vivenciaram o luto. Apesar de estar descrito que a idade gestacional não é diretamente proporcional à dor da perda, as experiências mais marcantes e complexas relacionaram-se na sua maioria com a morte perinatal.

A primeira situação vivenciada foi referente a uma mulher primigesta com 40 semanas de idade gestacional, com 39 anos de idade, que tinha recorrido à urgência por diminuição dos movimentos fetais e recebe a notícia que o feto estava morto. Após ter ocorrido a expulsão do feto, foi reencaminhada para o serviço de materno fetal para um quarto privado, de modo a evitar o contacto com mulheres grávidas ou mesmo com puérperas. A fragilidade, a tristeza, a frustração, a culpa e o choque eram claramente evidentes, após um longo silêncio verbalizou que esteve seis anos a tentar engravidar sem sucesso e que tinha pedido ao seu obstetra para induzir o parto na semana anterior ao sucedido, pois considerava a sua idade um fator de risco. Culpabilizou-se pela morte do seu filho por ter trabalhado até ao termo da gestação e verbalizou que tinha a certeza que jamais lhe seria concedido novamente o privilégio de ser mãe. Durante o período de internamento, foi proporcionado sempre privacidade, validou-se a perda, demonstrou-se disponibilidade para a mulher expressar os seus sentimentos e houve sempre a preocupação de amenizar as dores físicas do pós parto.

Outra situação marcante de vivência do luto foi a de uma mulher primigesta, de 33 anos de idade, cujo feto tinha uma trissomia 13 e cujas malformações eram incompatíveis com a vida. Após ter descoberto este diagnóstico foi confrontada com a hipótese de fazer uma

interrupção médica da gravidez, a qual rejeitou. Decidiu ir avante com a gravidez e não permitir que o destino do seu filho fosse decidido por si. Após o nascimento do filho, foi permitido ao casal vê-lo e criar lembranças. Apesar de tudo, as cicatrizes emocionais estavam bem presentes, a tristeza, o choro e a revolta eram sentimentos bem marcados. Este casal, gostava de relembrar as memórias da gravidez, pelo que houve a oportunidade de visualizar um livro de lembranças que tinham feito do seu filho, com a data em que descobriu que estava grávida, um recorte de um laço cortado da primeira roupa que compraram e a primeira ecografia. Durante o internamento, houve a oportunidade de colaborar com este casal, colocando uma madeixa de cabelo do seu filho no respetivo livro e uma foto que tiraram após o nascimento.

Foi também vivenciado, um caso de uma mulher primigesta com gravidez gemelar monocoriónica, monoamniótica que esteve internada no serviço cerca de 8 semanas com ameaça de parto pré termo por colo uterino curto e que com 32 semanas de gestação iniciou trabalho de parto espontâneo. Uma das recém-nascidas acabou por falecer no pós parto imediato. Revelou-se uma situação com grande ambivalência de sentimentos, a felicidade inerente ao nascimento de uma filha e, a morte de outra, acompanhada por sentimentos de culpa. Verbalizou que a culpa foi sua, porque provavelmente se tivesse ficado em repouso absoluto não teria potenciado o nascimento prematuro e consequentemente a morte de uma das filhas. Esta puérpera, durante o internamento no serviço de materno fetal, sempre cumpriu com todas as prescrições e recomendações por parte dos profissionais de saúde. A nossa intervenção, foi maioritariamente explicar que tinha feito tudo o que estava ao seu alcance, proporcionar espaço para expor as suas dúvidas, medos e ansiedades. Mostrou-se uma pessoa bastante ansiosa nos cuidados da recém-nascida que sobreviveu, verbalizando medo de errar e perder esta filha. Esta utente foi seguidamente para o serviço de puerpério e houve a possibilidade de ficar num quarto privado, foi necessário muito apoio nos cuidados, por forma a potenciar as suas competência no cuidar da recém-nascida.

Para prestar melhores cuidados e entender de forma mais explícita as necessidades dos pais que enfrentavam a perda de um filho, foi realizada uma pesquisa que ajudou a clarificar e antecipar alguns comportamentos que poderiam surgir em contexto da prática.

Segundo Ellis (2016), os pais valorizam muito o comportamento e as intervenções dos profissionais da saúde, por conseguinte, estes podem ter um impacto na sua memória. Assim sendo: a informação foi clara, de fácil compreensão, bem estruturada e dada sensivelmente em momentos apropriados; foi necessário ter presente que os pais queriam privacidade e

não abandono; a consciência e reconhecimento da morte fetal; os pais têm necessidades diferentes das mães, dessa forma desejam o envolvimento na tomada de decisão e focam-se em tarefas práticas; os casais valorizam a continuidade dos cuidados e do cuidador; os pais cujo feto morreu “in útero” sentiam que o seu cuidado não era devidamente priorizado pela equipa; passar tempo e fazer lembranças com os seu filho era uma opção apoiada e oferecida mais de uma vez; o apoio e informação dados ajudaram os pais que se sentiam despreparados para o parto vaginal; as opções de alívio da dor foram discutidas com os pais; longos atrasos e resultados inconclusivos causavam angústia aos pais; eram discutidas as decisões tomadas no pós morte e funeral para evitar arrependimentos; os pais verbalizaram que gostariam de um sistema de saúde pronto para oferecer apoio emocional após o parto e alta hospitalar.

Tal como foi referido nos casos vivenciados existem diversas emoções e sintomas que podem ser expressos pelos pais que vivem de perto o luto. Segundo Leask (2005), estes sintomas e expressões de luto podem assumir a forma de: dores físicas / somáticas tais como cefaleias, dores de estômago e braços, alterações nos padrões cardíacos e respiratórios, aperto na garganta, diminuição do apetite, dificuldade para dormir, falta de energia, mal-estar generalizado, cansaço, choro; isolamento psicológico / social; sintomas emocionais como raiva, negação, culpa, ressentimento, tristeza, preocupação, choque, descrença, depressão, culpa, inveja, ciúmes, sofrimento, auto piedade, choro. Podem também assumir a forma de problemas cognitivos, nomeadamente dificuldade em tomar decisões e pesadelos, entre outros (Leask, 2005).

A perda da gravidez acarreta várias perdas: o casal não conclui o rito de passagem para a paternidade, que simboliza o status de adulto; perda de uma pessoa amada (real ou imaginada); perda de autoestima e de estatuto (maternidade, mulher); perda existencial (projeto de vida); perda do futuro antecipado e imaginado (Aerde et al, 2016).

Segundo Aerde (2001), as fases do luto são as seguintes: evitamento ou protesto, esta fase refere-se ao período em que a notícia da morte é inicialmente recebida, geralmente dura de algumas horas a vários dias, é marcada por sentimentos de raiva e hostilidade de modo a evitar o reconhecimento de que perdeu um ente querido; confronto e desorganização, momento em que o sofrimento é vivenciado mais intensamente, e as reações à perda são mais agudas, surge progressiva consciencialização da perda, as memórias começam a tornar-se mais dolorosas, acompanhando-se de sentimentos de tristeza; fase de reorganização em que existe um declínio gradual nos sintomas do sofrimento agudo, inicia-se um investimento

social e emocional no mundo e por fim as memórias dolorosas vão sendo atenuadas. Este processo, estende-se pelo menos um a dois anos, indica a conclusão do luto, a pessoa desfruta da vida novamente e começa a olhar para o futuro.

Na generalidade das situações, a fase comumente manifestada ainda em internamento no serviço de materno fetal é a fase de evitamento ou protesto, em que ainda existe uma negação da situação acompanhada de sentimentos de culpa e de raiva.

Para prestar bons cuidados e perceber melhor a situação que aqueles pais estavam a vivenciar, pareceu pertinente ter uma linha orientadora. Apesar das teorias não serem estanques e de cada casal ser único e particular, existem estudos que foram úteis para nortear as nossas intervenções.

Segundo o autor Koopmans (2013) as intervenções preconizadas passam por: aliviar a dor e prestar cuidados físicos; permitir que vejam e possam segurar o seu filho, pois a maioria das orientações de boas práticas recomendam que todos os pais devem ter a oportunidade de escolher se querem, ou não, ver e segurar o seu filho. O mesmo autor refere ainda que, as mães que viram o seu filho morto vivenciam mais ansiedade no terceiro trimestre de uma próxima gravidez e outras expressam a sua angústia por não ter permissão para ver ou segurar o seu filho e não saber o que aconteceu com o corpo. Em todos os casos vivenciados, os pais demonstraram vontade de ver e segurar o seu filho, tendo sido orientados para o suporte social. Este é um fator significativo na vivência do luto.

Koopmans (2013) no estudo que realizou encontrou uma correlação entre o apoio por profissionais e menores níveis de ansiedade e depressão nas mulheres. O apoio dos companheiros e da família têm demonstrado reduzir o sofrimento materno em longo prazo (15 meses), embora não a curto prazo; prestar cuidados culturalmente sensíveis, foi necessário reconhecer a perspetiva cultural de perda e tristeza. Conhecer e compreender os rituais culturais pode facilitar as discussões e a tomada de decisão em torno do luto.

Tendo por base a Teoria do Caring de Swanson, os cuidados prestados aos pais enlutados tiveram os seguintes objetivos: manter a esperança, apoiar a capacidade dos pais para passarem por esse evento com sucesso e enfrentar o futuro com significado, promover o seu potencial e manter uma atitude de esperança; conhecer o significado que a experiência tem para a mulher/casal; prestar cuidados individualizados; conhecer respostas possíveis face à perda, evitar relações intrusivas, distantes e mecanizadas; estar com, significa ser capaz de responder ao sofrimento e dor dos pais, estar emocionalmente e fisicamente presente, ouvir atentamente e dar respostas refletidas; não se esconder atrás da abordagem fria e

profissional; fazer por, significa fazer para os pais o que um faria para si mesmo, inclui cuidar física e psicologicamente, proteger, confortar e preservar a dignidade, abrange colecionar lembranças, tirar fotografias e incentivar o tempo privado com o filho; habilitar/capacitar, ajudar o casal através da experiência; significa facilitar eventos desconhecidos para os pais, dando orientações antecipadas sobre eventos; e ensinar e informar para promover a autonomia (Swanson, 1999).

Assim foi utilizada uma linguagem clara, com informações concisas, no local e momento apropriados; validou-se a perda, demonstrou-se empatia, preocupação e disponibilidade; foi garantido espaço para esclarecimento de dúvidas e preocupações; a privacidade foi sempre assegurada sem abandonar; evitou-se colocar as famílias a vivenciarem luto junto de famílias com recém-nascidos, assim estas mulheres não eram colocadas no serviço de puérperio, privilegiando sempre que possível quartos privados; foi promovida a comunicação, permitida a expressão de sentimentos e emoções; tentou-se dar continuidade nos cuidados na medida do possível, sendo que por cada turno apenas um enfermeiro estava responsável por prestar tanto os melhores cuidados físicos como psicológicos; envolveu-se os pais na tomada de decisão, permitindo-lhes decidirem sobre o destino dos seus filhos; foram prestados cuidados isentos de julgamento e culturalmente competentes respeitando-se sempre a cultura e as crenças; informou-se sobre recursos na comunidade no pós alta, tais como: grupos de apoio, nomeadamente procura de apoio psicológico; valorizou-se antecedentes pessoais de perdas prévias; os pais foram habilitados e capacitados com orientações antecipadas sobre os acontecimentos; criou-se uma atmosfera de confiança e parceria. (Aerde et al, 2016; Ellis et al, 2016; koopmans et al, 2016; Leask, 2005; Mills et al, 2014).

Nos casos de morte perinatal para além das intervenções supracitadas foi proporcionada a possibilidade dos pais passarem tempo com o seu filho e fazerem lembranças; informação sobre os procedimentos pós morte e apoio nos rituais; respeitando a sua identidade cultural e religiosa (Aerde et al,2016; Ellis et al,2016; koopmans et al,2016; Leask,2005; Mills et al,2014).

Em relação ao caso em que o recém-nascido tinha anomalias congênicas, como boa prática, para prevenir que houvesse maior choque para os pais, na sala de parto os profissionais tiveram o cuidado de disfarçar as malformações. Neste caso optaram por vestir ou colocar um lençol em volta do nado morto.

No caso do parto gemelar, no qual um dos recém-nascidos faleceu, os pais têm sentimentos mistos quando um filho morre e o outro sobrevive. Desta forma, evitou-se sempre considerar o gêmeo sobrevivente como um conforto.

Uma experiência de perda de um filho, independentemente da idade gestacional é sempre uma experiência traumática que pode deixar marcas que jamais podem ser apagadas, a possibilidade de uma nova gravidez não implica que o luto esteja ultrapassado e que o filho perdido foi substituído. Assim sendo, quando uma mulher fica entregue ao nossos cuidados há sempre a preocupação de ler atentamente o processo para termos uma visão abrangente das experiências passadas, que na sua maioria são influenciadores da vivência dos acontecimentos no presente.

Tendo como base o autor Mills e os seus colaboradores (2014), nas gravidezes subsequentes, existe uma coexistência de emoções, maior ansiedade e medo de perda; realizam-se consultas de rotina mais frequentes, sendo que durante a realização de ecografias há claramente um maior nível de ansiedade; há dúvidas quanto à sua capacidade física para manter uma gravidez bem sucedida; dá-se o isolamento da família, amigos e outros existindo por vezes divergência na comunicação das emoções entre o casal; a família e os amigos supõem que a nova gravidez permite "superar" a morte de um filho anterior; mantem-se a esperança e os pais apontam como positivo exames pré-natais sem complicações e progressão para além da gestação da perda prévia, embora por vezes se assista a atividades de enfrentamento, vendo-se um atraso no envolvimento emocional e relutância em compartilhar as notícias; há maior interação com o seu filho, monitorizam os movimentos fetais mais vezes e por vezes surgem episódios de insônia e sono perturbado.

Foram assim desenvolvidas e adquiridas competências relacionais, instrumentais e cognitivas. Preconizou-se que os cuidados de enfermagem promovessem a passagem por algumas etapas do processo de luto para uma boa resolução e adaptação positiva face ao mesmo, bem como prevenissem o surgimento de complicações deste mesmo processo.

Outra situação vivenciada com frequência como motivo de internamento, foi a ameaça de parto pré-termo (APPT). A etiologia da APPT pode advir de múltiplas origens. Este facto eleva a necessidade de vigilância e enaltece o papel da EESMO para o melhor resultado possível.

Em contexto de internamento no serviço de materno fetal, existiam inúmeras grávidas internadas com o diagnóstico de APPT e na maioria dos casos ficavam internadas por longos períodos confinadas ao leito, umas com indicação de repouso absoluto, outras com indicação de repouso relativo (moderado).

De acordo com Bendix et al. (2015), o repouso pode ser considerado como absoluto, moderado ou leve: o repouso absoluto, implica o descanso em posição supina ou sentada, exceto para refeições e uso do WC; o repouso moderado, implica o descanso em posição supina ou sentada duas a oito horas por dia, sem realizar tarefas domésticas e sem carregar cargas; repouso leve, implica o descanso na posição supina ou sentada \leq a duas horas diárias, sem carregar cargas com mais de quatro quilogramas.

Segundo Maloni (2015) a atividade física é associada a APPT, assim sendo, a maioria dos profissionais de saúde ainda recomenda o repouso ou a restrição de atividade, de uma forma rotineira, para a prevenção/tratamento da APPT.

A APPT consiste na existência, antes das 37 semanas de gestação de contratilidade uterina frequente, regular, dolorosa, com distensão do segmento inferior uterino mas sem extinção por dilatação do colo (Montenegro et al, 2014).

O parto pré termo é um problema real de saúde pública que implica investimento, por acarretar um grande impacto nos indicadores de morbidade e mortalidade perinatal, como consequência do nascimento de um grande número de recém-nascidos prematuros. (Jeandin-Livet, 2013).

O Trabalho de Parto Pré-Termo (TPPT) efetivo retrata-se na situação sobreponível à anterior, mas com extinção e dilatação do colo uterino. Por outro lado, o falso trabalho de PPT designa-se pela ocorrência, antes das 37 semanas de gestação de contratilidade uterina durante duas a quatro horas, mas sem desenvolvimento do segmento inferior e sem alterações do colo uterino, cessando espontaneamente (Graça, 2010).

Das situações de parto pré-termo, 30 a 35% são-no por indicação médica, 40 a 45% são espontâneos e 25 a 30% por rotura prematura de membranas (Goldberg e Divitto, 2008).

São apontados como fatores de risco de parto pré-termo, apesar de nem todos estarem estatisticamente comprovados, os seguintes: história de parto pré-termo anterior; distensão uterina excessiva (gestação gemelar, polidrâmnios, algumas malformações uterinas, leiomioma); fatores relacionados com o colo do útero (história de abortamento no segundo trimestre, cirurgia do colo uterino prévia, dilatação ou extinção prematuras, colo do útero curto); infecções agudas ou crônicas (doenças sexualmente transmissíveis, pielonefrite, apendicite, pneumonia, infecção sistêmica, bacteriúria, doença periodontal); patologia placentar (placenta prévia, descolamento de placenta, hemorragia vaginal); fatores associados ao feto (sexo masculino, anomalia congênita, restrição de crescimento); causas

maternas (doenças hipertensivas da gravidez, insuficiência renal, diabetes mellitus, doenças autoimunes, anemia, extremos de índice de massa corporal); fatores de *stress* (ser solteira, não ter apoio familiar, baixo nível socioeconómico, ansiedade, depressão, separação ou morte de uma pessoa próxima, cirurgia abdominal durante a gravidez); fatores ocupacionais (ortostatismo, manuseamento de máquinas industriais, exercício físico, *stress*); abuso de substâncias; extremos de idade materna; intervalo entre gestações curto, ausência de acompanhamento pré-natal; e utilização de técnicas de reprodução medicamente assistida (Machado, 2012).

Para um correto diagnóstico de parto pré termo devem estar presentes as seguintes condições: contratilidade uterina (precocemente aumentada), uma a duas contrações num período de dez minutos, sendo que se considera padrão contrátil elevado quando as contrações são dolorosas, com frequência igual ou superior às acima apontadas, que modificam o colo progressivamente, persistindo no mínimo por uma hora, estando a grávida em repouso no leito pelo período mínimo de 30 minutos; alterações do colo uterino: apagamento > 80%, dilatação > 2 cm, centralização (David et.al., 2011).

Tanto o diagnóstico de APPT como o de PPT são difíceis de estabelecer, pelo que as grávidas que recorrem à urgência e apresentem critérios de APPT são internadas com o intuito de promover o atraso do TP.

A conduta normalmente instituída passa por: internar a grávida; confirmar a idade gestacional; avaliar a vitalidade fetal através de cardiotocografia ou de ecografia; descartar uma corioamnionite (história, exame físico e leucograma); avaliar se existe rotura prematura de membranas; iniciar a tocolise; realizar a corticoterapia para acelerar a maturidade pulmonar entre 24 e 34 semanas de gestação; iniciar o protocolo de neuroproteção (na falha ou contra-indicação da tocolise); efetuar o teste de fibronectina fetal (marcador de disrupção do corioâmnio e da decidua entre as 22 e 34 semanas), exceto se houver hemorragia vaginal moderada/grave, coito vaginal, toque vaginal prévio ou ecografia transvaginal nas últimas 24 h. (David et al., 2011; Montenegro et al., 2014).

No que diz respeito às nossas intervenções, fez-se a anamnese e o toque vaginal, sempre que necessário. A anamnese permitiu-nos identificar fatores de risco, com o objetivo de perceber se existem antecedentes obstétricos ou sinais clínicos, tais como: contrações uterinas dolorosas, metrorragias, sinais de infeção urinária (disúria, polaquiúria) ou cervico-vaginal (prurido vulvar, corrimento com odor suspeito e dispareunia). O toque vaginal permitiu a avaliação da posição, da extinção, da consistência e da dilatação cervical, assim como da

apresentação fetal, o estado das membranas e a formação do segmento inferior que pode aparecer entre as 24 e 25 semanas. Contudo, este não deve ser realizado por rotina, porque apresenta um fraco valor preditivo no prognóstico de APPT (Jeandin-Livet, 2013).

Durante o período de aprendizagem, procedeu-se à realização do CTG uma vez por turno ou conforme prescrição médica (ou sempre que a grávida referisse dor abdominal, diminuição da percepção dos movimentos fetais, perda de sangue ou LA ou outra alteração), promoveu-se o repouso conforme a idade gestacional e as condições neonatais, administrou-se tocolíticos e corticoterapia conforme prescrição (Montenegro et al, 2014).

Perante uma situação de APPT uma prescrição rotineira era o repouso. Esta recomendação está associada à ideia de que o repouso pode reduzir a atividade uterina. Contudo, o repouso no leito pode ter alguns efeitos adversos (Sosa et al, 2015). Apesar de ser uma prática recorrente quando existe uma APPT, segundo Graça (2010), não está comprovado que esta prática deva constituir uma indicação por rotina para a prevenção ou o tratamento desta patologia.

A mulher grávida que cumpre a prescrição de repouso no leito poderá apresentar fadiga, hostilidade, isolamento social, ansiedade, aumento da tendência para síndromes depressivas, obstipação e diminuição da massa óssea (Bigelow e Stone, 2011). Percecionou-se que as mulheres apresentavam comumente alterações do humor, atrofia muscular, fadiga e refluxo; perda de peso ou não aumento de peso e relatavam uma vivência negativa da gravidez.

Ao prestar cuidados a estas mulheres constatou-se que na sua maioria sentem mais ansiedade e algumas culpabilizam-se pelo sucedido. Mais do que realizar procedimentos técnicos, foi proporcionado apoio psicológico, permitindo expressar os sentimentos e questionar acerca de todas as dúvidas existentes, o intuito era garantir que toda a informação fosse compreendida para que, a mulher se sentisse mais confiante e ativa no seu processo de cuidado. Foram incentivadas atividades de distração e feitos alguns ensinamentos acerca das atividades que podiam realizar, tais como: usar computador portátil; aceder à internet; ler livros; limitar as sestas; fazer palavras cruzadas e puzzles; ouvir música; ver televisão; vídeos entre outras atividades (Lowdermilk e Perry, 2008). O objetivo era que as grávidas explorassem diversas atividades que pudessem realizar no leito, para deste modo conseguirem ocupar os seus tempos livres e diminuir a ansiedade.

De forma a minimizar o impacto de permanecer no leito, após a realização dos cuidados de higiene, ao colocar creme hidratante realizava-se uma massagem para proporcionar maior

conforto às grávidas. Na atualidade a massagem utiliza-se para o tratamento de perturbações como o *stress*, a ansiedade e a tensão muscular e nervosa. Esta técnica define-se como a manipulação dos tecidos moles do corpo, executada com as mãos. Quando se efetua massagem nos tecidos, existe uma estimulação dos receptores sensoriais, produzindo uma sensação de prazer ou bem estar, por outro lado, o estiramento reduz a tensão sobre os músculos e induz o relaxamento muscular e o alívio da dor (Florentino, 2012).

O serviço de materno fetal, garante que estas mulheres possam ser acompanhadas por profissionais de medicina física e de reabilitação para diminuir o impacto do confinamento ao leito.

Todas as patologias associadas à gravidez têm cuidados específicos no sentido de prevenir complicações e sinais de alerta igualmente específicos. Por isto, todos os cuidados inerentes a cada situação específica foram devidamente explicados e incentivados a cumprir.

Neste percurso de aquisição e de consolidação de conhecimentos, foram prestados cuidados a grávidas com várias patologias e alterações obstétricas. Pelas experiências adquiridas e pela pesquisa efetuada conclui-se que a gravidez é muitas vezes geradora de ansiedade devido ao medo do desconhecido. Esta ansiedade pode ser agravada quando a gravidez se encontra associada a algum tipo de patologia/complicação. Neste tipo de situações instala-se o temor em relação à sua própria saúde e à do seu filho. Concluiu-se também que a mulher que vivencia uma gravidez de risco, sente-se mais vulnerável necessitando de cuidados especializados.

O período pré natal é geralmente um período de preparação física e psicológica para o parto e maternidade. A mulher que vivencia uma gravidez saudável, regra geral, está direcionada e envolvida com a gravidez, assim como sensível à escuta. Tal como foi dito anteriormente foi uma oportunidade para desenvolver a educação para a saúde como dimensão do processo de cuidar. O intuito das nossas intervenções, tiveram como objetivo promover a autonomia e a capacidade para enfrentar situações de *stress* e crise. Para a maioria das mulheres, a gravidez significa realizar-se como pessoa e como mulher, é encarada como uma experiência única de amor, aprendizagem, renovação, responsabilidades, maior motivação para viver e de continuidade (Darós, 2010).

A mulher que vivencia uma gravidez de risco pode ver todas estas expectativas usurpadas, sentindo-se impotente e desiludida. Assim sendo, as intervenções passaram por educar mesmo em situações adversas, mesmo quando a capacidade de escuta é menor, a nossa intervenção e capacidade de propor estratégias são o que nos distingue como profissionais da saúde que prestam cuidados de excelência.

Ao realizar a avaliação inicial, algumas grávidas/casais referiram não ter feito preparação para o parto e em função das suas necessidades, conhecimentos e atitudes em relação ao parto, foram realizados ensinamentos, esclarecidas as dúvidas e dadas orientações sobre procedimentos do parto e tipos de parto, sobre técnicas e recursos disponíveis para controlar a dor (técnica de respiração e relaxamento, bem como sobre analgesia) e sobre os seus ideais (Sarmiento e Setúbal, 2003). O período de internamento, foi um momento privilegiado para fomentar uma relação de confiança, permitindo esclarecer as dúvidas de forma mais clara e faseada. Explicou-se o funcionamento da sala de partos, e o mecanismo de trabalho de parto, treinaram-se os tipos de respiração no trabalho de parto, e mais raramente se fazia um treino de imaginação guiada, por ser uma estratégia menos aceite pelas grávidas.

Por tudo isto todas as intervenções implementadas foram planeadas, baseadas em evidência científica e definidas de acordo com a especificidade e singularidade de cada mulher/família, tornando-as intervenções efetivas e significativas.

2. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO

No âmbito do módulo de Trabalho de Parto e Parto realizado na sala de partos do CHSJ, preconizou-se que o estudante deve demonstrar competências de diagnóstico e intervenções de enfermagem à mulher/família em situação de trabalho de parto e parto, e assistência ao recém-nascido.

Relativamente à organização da unidade, esta dispõe de cinco salas de parto, uma das quais particularmente destinada ao parto não medicalizado (vulgarmente conhecido como parto natural). O CHSJ permite às grávidas optarem por um parto não medicalizado. Este parto destina-se apenas a mulheres sem risco, que tenham tido um acompanhamento pré-natal adequado, e às quais tenham sido esclarecidas todas as suas dúvidas durante esse período e respetiva preparação para o parto. Para isso a grávida deve elaborar um plano de parto que entregará aquando da admissão na unidade, e que ficará anexa ao processo clínico, juntamente com o documento “Decisão Informada – Parto não medicalizado”, que após a sua leitura, era assinada a autorização no hospital. Dispõe ainda de uma unidade de cuidados intermédios com quatro camas, a qual é utilizada para observação de grávidas vindas da urgência (vigilância) ou parturientes em fase latente de trabalho de parto.

De forma a potencializar ao máximo a experiência de aprendizagem e de acordo com o estipulado no plano de estudos da ESEP foram definidos os seguintes objetivos: desenvolver competências de suporte ao diagnóstico e intervenções de enfermagem à mulher/família em situação de trabalho de parto e parto, e assistência ao recém-nascido; demonstrar competências de diagnóstico e intervenções de enfermagem à mulher/família em situação de trabalho de parto e parto, e assistência ao recém-nascido.

Para a concretização dos objetivos supracitados, foram definidas algumas estratégias e intervenções tendo como base o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica:

- demonstrar interesse e disponibilidade para a aprendizagem;
- integrar na equipa multidisciplinar;
- perceber ergonomia e disposição do serviço, respetivas rotinas e material existente; consultar protocolos do serviço de forma a adequar cuidados à mulher e

acompanhante durante o trabalho de parto, parto, pós-parto imediato e assistência ao recém-nascido;

- observar a dinâmica dos cuidados da tutora e da equipa orientadora à mulher e acompanhante em trabalho de parto, parto, pós-parto imediato e assistência ao recém-nascido;
- salvaguardar a privacidade da mulher, acompanhante e recém-nascido;
- prestar cuidados de enfermagem que promovam a autonomia e a tomada de decisão informada;
- garantir conforto, segurança, estabelecer uma relação de confiança e demonstrar disponibilidade;
- respeitar crenças, direitos e deveres da mulher e acompanhante prestando cuidados de forma individualizada e culturalmente competentes;
- prestar cuidados de enfermagem à mulher e acompanhante em trabalho de parto, parto, pós-parto e assistência ao recém-nascido de acordo com a melhor e mais atual evidência científica;
- proceder de acordo com o plano de parto definido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado, informando e garantindo à mulher/casal todas as explicações que solicitarem;
- promover o uso de medidas de conforto farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto e parto;
- avaliar a evolução do trabalho de parto e executar procedimentos necessários e adaptados através da dilatação e extinção do colo uterino, planos de Hodge, vigilância e interpretação da cardiotocografia, executar amniotomia, se necessário, avaliar características do líquido amniótico, determinar adequação da estrutura pélvica ao feto, diagnosticar desvios do padrão normal de trabalho de parto referenciando a outros profissionais, monitorizar e avaliar sinais vitais e registar no partograma;
- executar o parto eutócico, realizar episiotomia, se necessário, identificar situações de risco (circulares de cordão, distócia de ombros) e agir em conformidade;
- assistir a parturiente durante a dequitação: realizar manobra de Krustner, avaliar características da placenta, membranas e cordão umbilical, rever e avaliar a integridade do canal de parto aplica técnicas de reparação se necessário, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação, avaliar formação de globo de Pinard e avaliar sinais de hemorragia;

- realizar a técnica de epissiorrafia (se necessário);
- assistir o recém-nascido no primeiro contacto com a vida extrauterina, realizar procedimentos de acordo com protocolo do serviço: avaliar índice de APGAR 1º/5º/10º minuto, promover o contacto pele a pele, embrulhar o recém-nascido em lençóis quentes e sob fonte de calor, realizar exame físico ao recém-nascido, administrar vitamina k e profilaxia ocular (segundo protocolo), iniciar aleitamento materno precoce na primeira hora de vida e promover uma pega adequada;
- assistir a mulher durante o quarto período do trabalho de parto;
- Conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos;
- promover e apoiar o aleitamento materno;
- providenciar cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto;
- perceber e executar registos de enfermagem de acordo com o sistema de registos utilizado no serviço de forma a planear cuidados de Enfermagem, criar diagnósticos e intervir de acordo com as necessidades da mulher, família e recém-nascido.

O nascimento é historicamente um evento natural, de carácter íntimo e privado, sendo uma experiência compartilhada entre as mulheres e os seus familiares (Velho et al., 2010).

Recuando um pouco na história, o acompanhamento do trabalho de parto e parto ocorria em ambiente domiciliar, no qual a mulher era assistida por outra mulher, geralmente uma parteira ou uma “aparadeira” da sua confiança, e beneficiava do apoio dos seus familiares. Após a Segunda Guerra Mundial, de forma a reduzir as elevadas taxas de mortalidade materna e infantil ocorre a institucionalização do parto, passando do domicílio para o hospital, e como consequência desta mudança, o parto começou a ser medicalizado e em alguns casos foi mesmo restrito, a presença de familiares no momento do parto (Brüggemann et al., 2005).

A institucionalização do parto e as rotinas hospitalares colocavam em risco, muitas das vezes a privacidade das mulheres e a sua autonomia, os procedimentos para internamento começaram a desenrolar-se como um verdadeiro cerimonial, um rito de passagem, repleto de rotinas e normas de comportamento ditadas pela instituição (Brüggemann et al., 2005).

Nos dias de hoje, o interesse sobre o retorno a um parto num ambiente mais familiar permitindo a presença de um acompanhante, menos medicalizado e com maior autonomia

para a parturiente são estratégias para a humanização do parto e também para resgatar a capacidade feminina como agente ativo no trabalho de parto.

Assim sendo, a prestação de cuidados especializados no bloco de partos revelou-se uma experiência ímpar pela multiplicidade de situações apresentadas, envolvendo a aplicação de várias competências e conhecimentos apreendidos, tendo sido desenvolvida uma grande panóplia de atividades que permitiram um olhar atento e a reflexão sobre o papel do enfermeiro especialista durante o acompanhamento do trabalho de parto e parto, sempre com o objetivo de proporcionar a melhor experiência para a mulher (percecionar o seu corpo e sentir-se empoderada), bem como aos restantes conviventes significativos.

O movimento “Pelo Direito ao Parto Normal: uma visão partilhada”, tem como objetivo a defesa do direito da mulher em vivenciar o processo de nascimento dos seus filhos, em ambientes seguros, com cuidados de saúde e suporte apropriados e com o mínimo de procedimentos clínicos. Este projeto defende que o nascimento é um processo fisiológico, no qual só se deverá intervir para corrigir desvios da normalidade e que os profissionais de saúde que nele participam são os reponsáveis por garantir um ambiente de confiança, segurança e privacidade, que indubitavelmente devem respeitar o direito à informação e decisão esclarecida, à individualidade, dignidade e confidencialidade das mulheres (Pinheiro et al, 2012).

Sendo que é da competência específica do EESMO a assistência ao parto normal, uma vez que *“assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos.”* (Regulamento N.º127/2011, 2011) é importante conhecer a definição de parto normal (eutócico).

Segundo Pinheiro et al. (2012) tendo como base a definição da OMS entende-se como parto normal: *“Parto de início espontâneo, de baixo risco no início do trabalho de parto, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice entre as 37 e 42 semanas completas de gestação. Depois do parto, a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição”.* (p. 18)

A Definição de Parto Normal da Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), 2011: *“É o processo fisiológico único com o qual a mulher finaliza a sua gravidez de termo, em que estão implicados factores psicológicos e socioculturais. O seu início é espontâneo, evolui e termina sem complicações, culminando com o nascimento e não implica mais intervenções que o apoio integral e respeitoso do mesmo”.* (p. 6)

Segundo o que consta no consenso “Pelo direito ao Parto Normal. Uma visão partilhada” publicado em 2012, são referenciados critérios de inclusão para o parto normal: rutura artificial de membranas, quando não realizada com o intuito de induzir o trabalho de parto; monitorização fetal contínua; controlo da dor com métodos não farmacológicos e farmacológicos; correção de distocias dinâmicas; episiotomia justificada por razões maternas ou fetais; conduta ativa no terceiro período do trabalho de parto; parto com complicações menor, como a hemorragia pós parto ligeira e facilmente controlada, laceração de primeiro e segundo grau e reparação perineal; e administração de antibióticos para profilaxia da infeção neonatal. São excluídos da denominação de parto normal, sempre que ocorram as seguintes situações: indução do trabalho de parto, com prostaglandinas ou ocitócicos, ou rutura artificial de membranas; uso de ventosa e fórceps; cesariana; uso de anestesia geral.

O nascimento e o trabalho de parto, apesar de serem experiências ancestrais, acarretam para os tempos contemporâneos o desafio de múltiplos aspetos que nos dias de hoje são integrados na nossa prática, tais como: as avaliações médicas, a segurança da mulher e do recém-nascido. Tentou-se privilegiar a aliança entre a ciência e os aspetos biológicos e emocionais do parto.

O TP caracteriza-se por um conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à dilatação do colo uterino, progressão do feto pelo canal de parto e expulsão deste para o exterior (Graça, 2010).

O TP na maioria das vezes demonstrou-se como um acontecimento passível de gerar *stress* e ansiedade para a parturiente/pai, daí que se procurou envolvê-los como parceiros na formulação de um plano de cuidados individualizado, ajudando-os a preservar a sensação de controlo, a promover a sua participação durante o TP, reforçando a sua autoestima e nível de satisfação e garantindo um ambiente seguro e prazeroso.

A prática de cuidados foi pautada sempre pelo respeito da privacidade e expectativas da parturiente/pai, pelo consentimento informado e por uma pormenorizada avaliação física e da progressão/evolução do TP. Foi ainda criada uma atmosfera de confiança, empatia e disponibilidade, foi transmitida informação clara e adequada e foi prestado apoio emocional. As medidas de conforto e alívio da dor variavam com cada situação e foram igualmente fundamentais para a prática de cuidados.

O trabalho de parto não é um acontecimento momentâneo, corresponde a um conjunto de fenómenos que se sucedem ao longo de algum tempo e que se encontra dividido em quatro fases: a dilatação ou primeiro estadio de TP, (dividida em três fases, a latente, a ativa e de

transição), estabelece-se com o início de contractilidade regular e a extinção e dilatação cervical até à sua extinção e dilatação completa; a expulsão ou segundo estadio de TP, o qual decorre desde a dilatação completa até à expulsão do feto, e tem uma duração média de 20 minutos nas multíparas e 50 minutos nas nulíparas; a dequitação ou terceiro estadio do trabalho de parto, decorre entre o nascimento do feto e a expulsão da placenta; e o período de hemóstase ou quarto estadio de TP, dura em média duas horas, após a expulsão da placenta. É o período de recuperação imediata em que a homeostase se restabelece. Constitui um período de observação importante, de forma a identificar complicações (Montenegro et al., 2014 e Lowdermilk e Perry, 2008).

Enquanto estudante, percebeu-se que a operacionalização dos conhecimento teóricos, foi um processo gradual que tinha sempre subjacente o desenvolvimento da relação terapêutica/empática, do conhecer e compreender a mulher/casal.

Para incrementar as experiências vivenciadas neste contexto de aprendizagem é importante conhecer as dinâmicas do serviço, encontrando-se este dividido em três áreas distintas:

- a admissão, onde são atendidas as mulheres com situações de urgência de obstetrícia e ginecologia. O enfermeiro especialista faz a colheita de dados e identifica o motivo da vinda da grávida à urgência, assim como realiza a avaliação dos sinais vitais (pressão arterial, pulso, temperatura), realiza CTG externo e teste de combur.

As grávidas/parturientes recorrem à urgência de obstetrícia frequentemente por queixas como: algias abdominais compatíveis ou não com contrações uterinas (tratando-se por vezes de falsos trabalhos de parto), suspeitas de rotura de membranas (confirmado ou não), percepção dos movimentos fetais diminuídos e perdas hemáticas (Montenegro et al, 2014).

Regra geral, a grávida é posteriormente observada pela equipa médica, a qual faz o diagnóstico de alguma complicação e identifica se a mulher está em trabalho de parto;

- os cuidados intermédios onde é realizado o acompanhamento e a vigilância da mulher na fase latente do trabalho de parto (presença de contrações uterinas rítmicas sem dilatação do colo uterino) (Montenegro et al, 2014);
- as salas de parto onde é realizado o acompanhamento e a vigilância da mulher na fase ativa do trabalho de parto (definida por contrações rítmicas e dilatação do colo

uterino igual a 4 cm, com extinção a 80%)(Montenegro et al, 2014), e onde ocorrem os partos.

A realização deste circuito teve bastante pertinência, de forma a proporcionar oportunidade de agir em diversas valências e haver a possibilidade de acompanhar algumas mulheres desde o momento que dão entrada no serviço de urgência, até ao acompanhamento do trabalho de parto e parto e prestação de cuidados imediatos, após o parto, tanto à mulher como ao recém-nascido.

Os cuidados baseados na melhor evidência científica foram sempre uma prioridade, garantindo a melhor satisfação da mulher/casal durante a experiência do TP e parto. A OMS (1996), enumerou e classificou uma série de recomendações sobre as práticas relacionadas com o parto normal em quatro categorias (ANEXO I): Categoria A - práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; categoria B - práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; categoria C - práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão; categoria D - práticas frequentemente usadas de modo inadequado.

Apesar da existência destas recomendações, observamos atualmente nas maternidades do país que determinadas práticas realizadas de forma sistemática são desnecessárias e inclusive desaconselháveis, mas ao mesmo tempo muito difíceis de desenraizar.

Tendo por base as Guidelines para o suporte à mulher em trabalho de parto do The Royal College of Midwives (2012) e a OE (2015), foi prestado apoio intraparto tendo por base quatro categorias principais: apoio emocional; suporte físico e medidas de conforto; informação e aconselhamento; advocacia, que inclui a proteção do cliente, ajudando-o a fazer escolhas informadas, sendo a voz do cliente quando necessário e facilitando a resolução de conflitos.

O primeiro período de TP, trata-se do período mais longo de trabalho de parto e aquele que comporta mais alterações físicas, emocionais e psicológicas, aferindo uma ambiguidade de sentimentos e um misto de sensações físicas (Lowdermilk e Perry, 2008). Pelo que foi vivenciado, a gestão deste primeiro período de TP, englobou uma série de avaliações e de cuidados fundamentais, de forma a promover a correta evolução do TP, determinando o sucesso do parto.

A admissão no serviço demonstrou-se crucial e quase sempre recordada posteriormente. A grávida pode sentir-se vulnerável, menos confiante, pelo que o atendimento deve ser afetuoso e hospitaleiro (OE, 2015). Para isso estabeleceu-se uma relação de parceria através de sentimentos de respeito mútuo, que permitissem à parturiente relaxar e responder positivamente às forças intrínsecas do trabalho de parto.

Desde logo, a atitude perante a parturiente/acompanhante, iniciou-se no momento em que deram entrada no bloco de partos: as utentes foram sempre chamadas pelo nome preferido, era feita sempre a nossa apresentação, referindo o nome e a profissão. Neste caso, referiu-se a condição de estagiário da ESEP sob orientação de um tutor, dando conhecimento de que todo e qualquer procedimento seria executado apenas com o seu consentimento, salvaguardando que todas as intervenções seriam do conhecimento de um enfermeiro EESMO e sujeitas à sua validação. Este era um momento preferencial para procurar descobrir as expectativas e medos do casal, esclarecer algumas dúvidas susceptíveis de esclarecimento e modos de atuação, bem como criar uma relação terapêutica com a mulher/casal.

Era feita a apresentação do espaço físico e explicado o funcionamento do serviço, nomeadamente que durante a permanência na sala de partos poderia estar acompanhada por uma pessoa à sua escolha. Explicou-se que não existe período de visitas, no entanto após o nascimento do RN, e desde que a situação clínica o permita, poderia ter a visita de mais outros dois familiares. Duas horas após o parto, a puérpera e o recém-nascido seriam transferidos para o internamento de obstetrícia designado de puerpério.

Terminadas as apresentações, era negociada com a parturiente a opção de vestir uma bata da instituição, para facilitar os procedimentos em caso de urgência e evitar sujar a sua própria roupa. A mulher no entanto, deve poder optar por usar a sua própria roupa e sempre que necessário deve ser-lhe fornecida roupa limpa e seca (OE, 2010).

O exame inicial realizado à parturiente incluiu a colheita de dados e a observação física e obstétrica. Na colheita de dados abordou-se aspetos como: sinais e sintomas, sinais de rotura da bolsa amniótica, frequência e duração das contrações, movimentos fetais, índice obstétrico, idade gestacional, história obstétrica anterior, história ginecológica, grupo de sangue, antecedentes pessoais relevantes e alergias, hábitos de eliminação, vigilância da gravidez atual, intercorrências e exames pré-natais, escolha do acompanhante, existência de plano de parto, se fez preparação para o parto e se pretendia amamentar.

Na admissão da parturiente na sala de partos, outro aspeto considerado, era o resultado do estreptococo β -hemolítico do grupo B (SGB). O SGB é uma bactéria que se encontra na região

inferior do intestino e no trato urogenital em 20% a 25% das grávidas. Esta bactéria pode ser transmitida ao feto e provocar infecção in utero e durante o TP e parto, podendo causar patologia que provoque apneia e pneumonia e pode levar a complicações neurológicas a longo prazo. O rastreio do SGB realiza-se por intermédio de uma colheita com zaragatoa do 1/3 inferior da vagina seguido do esfíncter anal efetuado entre as 35 e as 37 semanas de gestação (Davidson, et al, 2010). Para prevenir a transmissão ao RN, as parturientes com resultado positivo iniciavam o protocolo do CHSJ que consistia na administração de antibiótico (ampicilina) de 4 em 4 horas até ao nascimento.

O plano de parto facilitou o início de uma relação de confiança, permitiu a assistência individualizada e o envolvimento do acompanhante. É através do plano de parto que as mulheres/casal revelam desejos/expectativas de como gostariam que se agisse relativamente a determinados procedimentos/atitudes e/ou condutas mais ou menos intervencionistas. O plano de parto mostrou-se assim uma ferramenta valiosa, de forma a termos uma informação mais precisa das preferências do casal, particularmente porque não existe conhecimento antecipado da mulher/casal que se está a assistir. Durante a permanência na sala de partos houve duas parturientes, que apresentaram um plano de parto formalmente redigido, que dentro do possível foi respeitado e considerado sempre o desejo da parturiente/pai, tendo sempre em conta o risco clínico associado a cada situação.

Na maioria dos casos as mulheres/casal não apresentavam um plano de parto redigido, no entanto foram encorajadas a pronunciarem-se sobre as suas preferências: escolha do acompanhante, monitorização fetal contínua ou não, estratégias de gestão da dor, posições para o trabalho de parto e parto, corte do cordão umbilical, contacto pele a pele, aleitamento materno. Foi proporcionada oportunidade de discutir sobre os itens acima mencionados, indicando as possíveis opções disponíveis.

Este diálogo permitiu uma maior valorização da vontade da mulher e consequentemente um envolvimento na tomada de decisão sobre si própria e o seu parto. Hodnett et al (2012) afirmam que a mulher sente uma maior satisfação e melhor progresso do trabalho de parto, quando se sente envolvida nas tomadas de decisão. As preferências e a colheita de dados referentes à mulher/casal devem ser registadas no processo clínico para que todos os profissionais tenham conhecimento.

Com os dados recolhidos procedeu-se à avaliação do grau de risco para o trabalho de parto e parto. A observação física e obstétrica pressupõe sempre o consentimento da mulher. Esta inclui a observação do estado geral, avaliação dos sinais vitais maternos, pesquisa de edemas

(não fisiológicos), avaliação da altura de fundo uterino, manobras de Leopold, exame tocológico/exame vaginal (determinação da dilatação e extinção do colo uterino e integridade das membranas corioamnióticas), realização de CTG, interpretação de traçados cardiotocográficos e avaliação do número de contrações uterinas.

Segundo a OMS (1996), a inserção de cateter venoso periférico profilaticamente insere-se nas práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas. Apesar desta recomendação, a colocação de cateter periférico foi uma prática rotineira, para assegurar maior rapidez em caso de urgência, e para administração de soroterapia e/ou medicação prescrita por via endovenosa.

O partograma foi uma ferramenta absolutamente essencial no trabalho de parto, não só como documento de registo mas também de diagnóstico. Os registos clínicos foram rigorosamente redigidos, foram registados todos os acontecimentos, interações, avaliações e decisões tomadas por todos os intervenientes.

Na atualidade, no momento de admissão da parturiente não se preconiza a realização de tricotomia, nem de enemas de limpeza. Estes eram realizados a fim de reduzir a incidência das infeções na episiotomia, facilitar a episiorrafia e conferir melhor higiene no pós-parto. Contudo, a não interferência no aumento da morbilidade materna permite que a sua realização, apenas, ocorra mediante a solicitação da parturiente (Montenegro et al., 2014). Verificou-se que em alguns casos a aplicação de um clister teria sido vantajoso, principalmente sob o ponto de vista psicológico da parturiente. Muitas mulheres referiram algum desconforto com a possibilidade de defecarem durante os esforços expulsivos, assistindo-se em alguns casos a esforços expulsivos menos eficazes pelo medo do companheiro poder visualizar ou mesmo sentir o cheiro de fezes.

A nossa intervenção nestes casos era manter sempre o companheiro junto à cabeceira da parturiente efetuando sempre uma limpeza cuidada da região anal.

O apoio e a companhia de alguém emocionalmente significativo para a mulher mostraram-se um fator positivo durante a evolução do trabalho de parto. Na sua maioria verbalizaram que sentiam mais segurança e ficavam mais tranquilas. Considerou-se o acompanhante como uma peça chave neste processo, envolvendo-o nos cuidados de apoio à mulher e nas atividades sugeridas (massagem, técnica de respiração) para o alívio da ansiedade e dos desconfortos. A evidência científica refere que a presença de um acompanhante é benéfica na medida em que na maioria das vezes reduz os partos distócicos e cesarianas, os relatos

de experiências negativas do parto, e propicia uma menor duração do trabalho de parto (Cunha, 2010).

Era ainda questionado à parturiente se pretendia fazer analgesia por via epidural (caso não houvesse contra indicação), era explicado todo o procedimento e quais os riscos e benefícios.

Explicou-se que a analgesia por via epidural proporcionava alívio da dor no trabalho de parto, as contrações poderiam ser perceptíveis mas tornavam-se indolores durante a progressão do trabalho de parto e que poderia beneficiar de maior alívio da dor no pós-parto (Santos *et al.*, 2004). Informou-se que para além das vantagens, também acarreta alguns riscos como: o aumento do risco de parto instrumentado (relaxamento dos músculos perineais; diminuição do reflexo de Ferguson; redução da atividade uterina); relaxamento da musculatura do pavimento pélvico que pode prejudicar a flexão e rotação da apresentação; e o prolongamento da fase ativa do trabalho de parto +/- 1 hora (Cunha, 2010).

Durante a colocação do cateter epidural foi possível colaborar com o anestesista na realização do procedimento. A nossa intervenção passou por ajudar no posicionamento, explicar à mulher como poderia colaborar durante a técnica, ensinar e instruir sobre a técnica respiratória durante a contração uterina. Após o procedimento, tendo conhecimento sobre os efeitos secundários do Sufentanil e da Ropivacaina (fármacos comumente utilizados), as intervenções incluíram a monitorização dos sinais vitais, monitorização do CTG, colocação de soroterapia em curso e a algaliação (caso não ocorresse micção espontânea ou a mulher apresentasse globo vesical, por risco aumentado de retenção urinária).

No caso da técnica estar contraindicada ou se a mulher não desejasse ter analgesia epidural, a administração com prescrição médica de opióides sistémicos (como a Petidina e o Tramadol) eram alternativas válidas, conjugadas com métodos não farmacológicos de alívio da dor.

O controlo ambiental mostrou-se de extrema importância, a privacidade era um elemento que jamais era descurado, a luminosidade era sempre que possível discutida com a parturiente, os ruídos controlados o mais possível, era dada a possibilidade de terem música ambiente, a temperatura era proporcionada de acordo com a preferência da parturiente e o espaço sempre mantido limpo e isento de odores desagradáveis.

A higiene da parturiente foi sempre tida em conta, a mudança da fralda ou penso sempre que necessário, acompanhados de cuidados perineais. Apenas uma das parturientes preferiu autocuidar-se no chuveiro, tendo sido acompanhada e ajudada, aproveitando a

oportunidade para fazer jatos de água quente na zona lombar, de acordo com as suas preferências, melhorando a dor e aumentando a satisfação.

A hidroterapia foi uma prática pouco comum no serviço e também pouco aceite pelas parturientes. Apesar disso os estudos demonstram vantagens com a utilização desta medida, principalmente com a imersão em água, traduzindo-se na redução da dor, menor necessidade de intervenção obstétrica, diminuição de mecanismos de indução e episiotomia. Este método pode ser utilizado na gravidez de baixo risco, devendo sempre ser acompanhado por um profissional de saúde (Dilmen et al, 2012). O banho de imersão só é possível se a parturiente optar por um parto natural, pois o único quarto que tem disponível uma banheira é o destinado a parto natural, os restantes estão equipados com chuveiro.

Há evidência de que a presença da especialista está associada a uma maior satisfação das mulheres, segundo a OE (2015), citando Sandall et al (2013), a presença e o apoio exclusivo da parteira aumentam a confiança da mulher, tendo como resultado trabalhos de parto mais curtos, menos intervenções durante os mesmos, menos recurso a analgesia por via epidural e outras medidas farmacológicas, menos partos instrumentados e cesarianas e menos partos prematuros.

Estes factos foram observados e referidos principalmente por mulheres que já tinham experienciado partos instrumentados, muito intervencionados e que na maioria das vezes não tinham sido devidamente esclarecidas sobre os procedimentos. A satisfação e o agradecimento pela oportunidade de lhes ser proporcionado um ambiente mais familiar, mais respeitoso da sua vontade e de forma mais esclarecida foi reconfortante como profissional em processo de aprendizagem criando assim um sentimento de missão cumprida.

O apoio, seguimento da gravidez através de consultas e preparação para o parto realizado por uma parteira foram também notórios nas mulheres admitidas no serviço, pois aquelas que tiveram esse acompanhamento, estavam menos ansiosas e na maioria das vezes na fase latente de trabalho de parto permaneciam em casa, no conforto do seu ambiente, com as pessoas que tinham escolhido, mantinham as suas atividades normais, a comer/ beber, a mantinham-se ativas e em movimento, preferencialmente em posições verticais. Algumas das situações mais marcantes vivenciadas relacionaram-se com duas primigestas, uma delas referiu que quando começou a sentir que estava em trabalho de parto ligou à parteira que a acompanhou no centro de saúde e como ficou mais segura e não queria passar longas horas em trabalho de parto no hospital, fez uma limpeza na sua casa e, quando foi admitida no

serviço de urgência o exame tocológico era de 7 cm de dilatação, com colo uterino extinto, II plano de Hodge, deambulava com algumas queixas, recusou analgesia por via epidural e os exercícios respiratórios juntamente com os exercícios de movimentação da bacia mostraram-se eficazes, no controlo da dor e na descida do feto.

Outra situação foi uma primigesta também acompanhada por uma EESMO particular, que se manteve em casa, realizando exercícios de yoga e quando deu entrada no serviço, o exame tocológico era de dilatação completa, colo uterino extinto, II-III planos de Hodge, tinha conhecimento sobre os vários tipos de respiração e fazia vocalizações referindo a sua eficácia na vibração do períneo. Apesar de estarem mais informadas e mais seguras, o acompanhamento, a segurança, a calma e a informação explícitas sobre todos os procedimentos, foram reforçados e mantido o apoio contínuo.

Nas grávidas que não realizaram preparação para o parto era notório uma maior ansiedade, recorriam ao serviço de urgência em fases iniciais de trabalho de parto frequentemente receosas de que tudo se desencadeasse muito rapidamente e que daí resultasse um parto não assistido, por outro lado havia manifestamente o medo da dor, solicitavam analgesia por via epidural, logo que possível, com receio de posteriormente lhe fosse recusado esse procedimento, medo da realização da episiotomia e de não serem capazes de ter um parto por via vaginal. A nossa intervenção nestes casos foi de grande abrangência e muito enriquecedora, tal como será abordada de seguida.

Na maioria dos casais, um dos focos de atenção durante a experiência de TP e parto foi o de dor de dilatação cervical ou dor de período expulsivo (ICN, 2011). Sendo assim, constituiu-se como uma área de atenção relevante para a atuação, sendo um foco da prática.

A dor do parto é um fenómeno multidimensional, influenciado por fatores biológicos, culturais, socioeconómicos e emocionais, sendo vivenciada de forma individual (Ronconi et al., 2010). Tal como foi referido, existe uma preocupação frequente por parte das grávidas com a dor que irão sentir, podendo ser determinante na forma como a mulher experiencia o seu parto.

A dor e a ansiedade no trabalho de parto podem provocar aumento da frequência cardíaca materna, hiperventilação e o aumento da libertação de catecolaminas e cortisol podendo ter como consequências a acidose fetal, hipoxia fetal, diminuição da atividade uterina com prolongamento na progressão do trabalho de parto e em casos mais graves poderá causar hipertonia uterina (Brazão, 2010).

O conhecimento sobre a fisiologia do trabalho de parto constituiu um elemento essencial no apoio à parturiente, apenas dessa forma se conseguiu explicar que a dor do trabalho de parto não pretende alertar para algo que está a correr mal, mas que todas as mulheres sentem algum nível de desconforto/dor (fisiológica) nalgum momento.

Como futura especialista, mostrou-se pertinente proporcionar as melhores condições para a parturiente expressar as suas sensações físicas sem constrangimentos ou restrições. O conhecimento de experiências anteriores foi importante, pois estas podem influenciar a perceção da dor. Se, para algumas mulheres, a dor do trabalho de parto foi encarada com sofrimento a memória geralmente é negativa, para outras é vista como algo que as empoderou, tornando-as capazes e vencedoras.

Segundo Lowe (2002), a dor é um fenómeno desagradável, complexo e individual associado a componentes sensoriais e emocionais. O desconforto experienciado durante o TP e parto tem duas origens, visceral e somático e a intensidade da dor pode ainda ser afetada por fatores fisiológicos.

A dor foi, provavelmente, o fator que desencadeou mais *stress* e descontrolo nas parturientes, pelo que na intervenção de prevenção e controlo da dor teve-se em conta a origem da dor (visceral ou somática), o estágio de TP e o conjunto de fatores fisiológicos, culturais e psicológicos específicos de cada parturiente. Durante o primeiro estágio, na maioria das vezes, as parturientes apresentavam uma dor do tipo visceral, geralmente localizada sobre a porção inferior do abdómen e que irradiava para a região lombo-sagrada e glútea. A dor podia ser intermitente, coincidente com as contrações, ou ser permanente, no caso de algumas parturientes. No segundo estágio, a dor era, na maioria das parturientes, somática, intensa e bem localizada e ocorria por estiramento dos tecidos e pavimento pélvico, pelos esforços expulsivos ou pela pressão exercida pela apresentação. No terceiro e quarto estágios a dor era maioritariamente relacionada com o útero e mais idêntica à sentida no início do primeiro estágio do TP.

O conhecimento de medidas farmacológicas e não farmacológicas, a explicação das vantagens e desvantagens de cada opção e o apoio da decisão positiva, sem pressionar ou impor qualquer medida adquiriram importância fundamental.

O EESMO deve “guiar a mulher através da dor, oferecendo-lhe ferramentas para o controlo da dor, ajudando-a a relaxar rápida e profundamente enquanto a contração se desvanece, para que a dor diminua até o nível fisiológico mínimo, sendo perfeitamente suportável” (Schmid, 2010, p. 23).

Neste sentido, foram sugeridas e implementadas algumas estratégias não farmacológicas adequadas ao momento do TP e às características da parturiente/acompanhante. Assim, foi incentivada a parturiente a realizar técnicas de distração (bola de pilates, música), técnicas de respiração e relaxamento e técnicas de toque e massagem, como effleurage, contrapressão e toque terapêutico e alteração de decúbito conforme o gosto da parturiente, promovendo paralelamente o envolvimento e participação do pai/convivente significativo na aplicação destas técnicas. De todas estas, as que foram mais utilizadas e eficazes para o alívio e controlo da dor foram as técnicas respiratórias, o toque e a massagem. A utilização da bola de pilates também foi uma opção bem aceite pelas parturientes, no entanto naquelas que exigiam monitorização contínua tornou-se mais difícil por descaptação das sondas da cardiotocografia. A telemetria já é utilizada no serviço, no entanto nem todos os quartos detêm essa tecnologia.

O toque propiciou inúmeras vantagens e foi geralmente bem aceite e tolerado pela parturiente, pelo que era encorajado o pai/acompanhante a realizar massagem ou pressão na região lombosagrada para o alívio de pressão do occipital nos nervos vertebrais e da dor, assim como a realizar massagens nas mãos e nos pés para relaxar e acalmar a parturiente (Lowdermilk e Perry, 2008).

Durante o acompanhamento a algumas parturientes, houve ainda a oportunidade de utilizar a técnica de acupressão. Tendo por base formação realizada no âmbito da acupuntura, pareceu pertinente utilizar a técnica de acupressão, visto ser uma técnica não invasiva e que não acarreta riscos nem para a parturiente nem para o feto. Segundo o estudo de Mafetoni e Shimo (2013), esta é uma técnica simples que apresenta benefícios no alívio da dor do TP. Os pontos de acupuntura utilizados foram: o BP6 (*Sanyinjiao*), localizado no meridiano do baço-pâncreas, quatro dedos acima da ponta do maléolo interno, parte posterior à frente da tibia; o B67 (*Zhiyin*), situado no meridiano da bexiga, na margem ungueal do 5º dedo do pé; e o IG4 (*Hegu*), localizado no meridiano do intestino grosso, na depressão entre o primeiro e o segundo ossos metacarpais no seu lado radial. O uso da técnica de acupressão sobre esses pontos de acupuntura, permite a estimulação e libertação de oxitocina que, por sua vez, estimula as contrações uterinas para melhorar o processo de trabalho de parto, promovendo a gestão da dor do parto (Mafetoni e Shimo, 2013). Apesar da maioria dos artigos sobre esta temática não referir efeitos adversos, esta técnica foi apenas utilizada em parturientes sem fatores de risco e com o seu devido consentimento, mostrando-se em alguns casos eficaz.

As intervenções farmacológicas por via sistêmica (endovenosa ou intramuscular) foram também implementadas, com a devida prescrição médica e com o consentimento da parturiente, quando o desconforto e a dor aumentavam e esta ainda não apresentava as condições recomendadas a nível do colo uterino para iniciar a analgesia por via epidural (quando desejada e devidamente esclarecidas sobre as suas vantagens e desvantagens) e/ou quando era necessário realizar a episiorrafia e/ou correção de lacerações a parturientes sem analgesia epidural, ou quando esta já não era eficaz. Na maioria dos casos, as mulheres realizaram analgesia por via epidural aliada a técnicas não farmacológicas de alívio da dor. Contudo o suporte contínuo demonstrou-se fulcral e nesses casos, havia menos uso de analgesia farmacológica, menos partos operatórios e menos relatos de insatisfação com o parto (Hodnett, 2011).

O pai/convivente significativo vivia um misto de sentimentos, medo/tranquilidade e sensação de impotência face a determinadas situações, tais como, lidar com a dor da parturiente, o prolongamento do TP, as alterações no bem estar materno-fetal, entre outras. A nossa intervenção nesses casos, passou por promover a sua participação de forma mais ativa, incentivando-o a realizar medidas de apoio à parturiente como suporte emocional, bem como medidas de conforto/alívio da dor, de forma a sentir-se útil, integrado em todo o processo, menos ansioso, mais confortável para que pudesse disfrutar de forma mais positiva do momento do nascimento do seu filho.

Proporcionou-se ainda, às mulheres em trabalho de parto, a liberdade de movimentos e alternância de posições. O uso de monitorização fetal, a administração de soluções intravenosas e analgesia afetavam muitas das vezes a mobilidade das parturientes. O nosso objetivo e também o das parturientes com analgesia epidural era não haver bloqueio motor dos membros inferiores. Este bloqueio era testado pela força que conseguiam exercer e pela capacidade de se manterem de pé com segurança. Para que isso acontecesse, o médico anestesista prescrevia doses baixas de ropivacaína. Segundos os estudos, as mulheres devem ser encorajadas e ajudadas a mobilizarem-se e a adotarem as posições que acharem mais confortáveis ao longo do trabalho de parto (NICE, 2014).

Às mulheres que tinham rutura de membranas também era dada a oportunidade de se colocarem em posições verticalizadas, desde que a apresentação fetal estivesse no III palmo de Hodge, sem haver risco de prolapso do cordão umbilical.

Para Lowdermilk e Perry (2008 p. 344), a posição materna influencia a sua adaptação anatómica e fisiológica ao trabalho de parto. As posições verticais, como

deambular, estar sentada ou de cócoras, oferecem algumas vantagens e são as que promovem uma maior mobilidade. As mudanças de decúbito aliviam a fadiga, aumentam o conforto e promovem a circulação.

As posições de parto mostraram ter um impacto psicológico sobre a experiência de trabalho de parto das mulheres, quando estas conseguiam encontrar uma posição confortável havia uma diminuição da sensação de dor e sentiam mais controlo sobre si próprias. Na maioria dos casos as parturientes preferiam adotar as posições mais verticais, sendo a deambulação a prática de eleição, em alguns casos adotaram a posição de cócoras, referindo que as ajudava a defender da dor e do desconforto.

Assistiu-se a dois casos, em que as parturientes optaram por dançar com os seus companheiros, provocando o movimento de báscula na bacia, enquanto simultaneamente emitiam vocalizações. Nestes dois casos, a evolução do trabalho de parto foi mais rápida e houve menos queixas álgicas. Foi proporcionado espaço para desenvolverem a atividade e dada a oportunidade de escolherem a música a gosto.

Segundo a OE (2015) e uma revisão da literatura levada a cabo por Lawrence et al. (2009), as posturas verticais apresentam vantagens particulares: trabalhos de parto mais curtos e redução da necessidade de analgesia, menos episiotomias, bradicardias fetais (menor risco de compressão da veia cava) e maior sensação de controlo. Por outro lado, estar deitada tem muitas desvantagens e interfere com a fisiologia do trabalho de parto: risco de compressão da aorta abdominal, redução do diâmetro inter-espinhal da bacia, aumento da dor e descida mais lenta da apresentação fetal.

Apesar das vantagens enumeradas em adotar posições verticais algumas parturientes mostraram-se renitentes em adoptá-las, algumas quiseram permanecer deitadas e descansar e isso foi respeitado. Sempre que possível foram encorajadas, demonstrando-lhes como podiam facilitar o seu trabalho de parto e simultaneamente melhorar o seu conforto.

A vigilância do bem-estar fetal durante o trabalho de parto, foi sempre um parâmetro muito valorizado tendo como objetivo vigiar o seu bem estar. Em trabalhos de parto de baixo risco deve optar-se pela auscultação intermitente dos batimentos cardíacos fetais, sendo que no primeiro estadio do trabalho de parto esta deve ser realizada, durante um minuto, a cada 15 minutos imediatamente a seguir à contração uterina. A frequência cardíaca fetal deve situar-se entre os 110-160 bpm (batimentos por minuto). Se a qualquer momento for detetada uma anomalia na frequência cardíaca do feto, ou suspeita de comprometimento do seu bem-estar, ou aparecimento de mecónio no líquido amniótico, deve ser iniciada monitorização

contínua. Esta decisão deve ser discutida com a grávida e acompanhante. A monitorização contínua está ainda indicada nas situações em que o bem-estar fetal pode ser comprometido: indução de trabalho de parto, aceleração do trabalho de parto com ocitocina e após a administração de analgesia por via epidural (Nice, 2007).

Na sua maioria, as parturientes acompanhadas estavam sob o efeito de analgesia epidural. Muitas delas faziam indução do TP com ocitocina e, seja com esta ou outra prostaglandina, existe a possibilidade de provocar uma atividade uterina excessiva (Graça, 2010). Por esta razão, as induções de parto eram prosseguidas com monitorização de cardiotocografia contínua e sempre atentos aos padrões significativos como a taquissístolia e a hipertonia. Sendo que sempre que estava disponível a telemetria, era o método usado para proporcionar maior mobilidade à parturiente.

A interpretação da cardiotocografia era baseada nas orientações da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), e qualquer acontecimento passível de provocar alterações, seja mudança de decúbito, ida à casa de banho, analgesia por via epidural entre outros, eram cuidadosamente registados no partograma.

A avaliação da evolução do trabalho de parto e a sua condução são um aspeto fundamental sendo o principal alvo de assistência. Apesar de se conhecerem desvantagens na realização do toque vaginal, esta continua a ser a forma mais usada para avaliar a evolução do trabalho de parto. Este procedimento regra geral era encarado com alguma ansiedade por parte das parturientes, devido ao desconforto que causa e à possibilidade de receberem a notícia que o trabalho de parto poderia não estar a evoluir favoravelmente. Antes da realização do toque vaginal, era pedida a permissão da parturiente e dada a justificação da necessidade da realização do mesmo, mantendo sempre a sua privacidade. O toque vaginal permite verificar a apresentação fetal, posição e variedade, a extinção e dilatação do colo uterino, a integridade das membranas, o plano de Hodge (descida da apresentação fetal no canal de parto) e a variedade fetal (anterior, posterior ou transversal) (Graça, 2010).

Tal como referenciado anteriormente, o toque vaginal é um procedimento invasivo e desconfortável, assim sendo, tentou-se de acordo com a teoria aprendida, desenvolver competências relativamente à avaliação não invasiva do trabalho de parto tais como: visualização da linha púrpura, observação do triângulo de Michaelis, reposicionamento da sonda para uma melhor auscultação fetal (considerando as manobras de Leopold), alteração do padrão respiratório materno, comportamento, postura e vocalizações maternas, frequência e duração das contrações (Chapman e Charles, 2010; Marshall e Raynor, 2014).

Esta observação mostrou-se mais difícil, mais demorada e com conclusões menos objetivas. Assim sendo, o toque era um procedimento realizado quando estritamente necessário, na fase latente era realizado de duas em duas horas e na fase ativa de hora a hora conforme o protocolo do serviço (Montenegro et al., 2014), ou quando a mulher referia sentir uma pressão na região perineal ou anal.

Em algumas culturas, alimentos e bebidas são consumidos durante o trabalho de parto para nutrição e conforto e para ajudar a atender as demandas do trabalho de parto. A ingestão de líquidos durante o trabalho de parto, embora ainda cause alguma controvérsia, deve ser defendida pelo EESMO pois é essencial para o bem-estar da mulher em trabalho de parto (Singata et al., 2013)

No CHSJ, esta prática não é de todo defendida pelos médicos anestesistas, que na sua maioria apenas permitem que as parturientes possam humedecer os lábios com compressas embebidas em água. Os médicos obstetras e os EESMO, apoiam a ingestão hídrica em pequenas quantidades.

A falta de unanimidade desta prática é justificada pelo risco de aspiração do conteúdo gástrico. À luz da evidência atual, foi demonstrado que a sua incidência é extremamente baixa e todas as parturientes que necessitam de anestesia geral devem responder a um protocolo de prevenção da aspiração do conteúdo gástrico, independentemente da hora da última ingestão alimentar (Singata et al., 2013).

Para a maioria das mulheres com trabalho de parto normal, é apropriado oferecer água, chá, sumos sem resíduos e alimentos com poucos resíduos e gordura, a gelatina pode ser também uma boa opção (Marshall e Raynor, 2014; Chapman e Charles, 2010).

Uma vez que as evidências não mostram benefícios ou malefícios, não existe justificativa para a restrição de líquidos ou alimentos no trabalho de parto para mulheres com baixo risco de complicações (Singata et al., 2013). Durante a prestação de cuidados e acompanhamento de parturientes a prática de ingestão de líquidos foi estimulada, oferecendo água e chá em pequenas quantidades. Esta prática foi muito valorizada pelas parturientes, algumas referindo que em partos anteriores, esta restrição foi o que mais ansiedade e desconforto lhes causou.

No decorrer deste processo formativo, outro processo que foi usualmente realizado foi a amniotomia. Constatou-se que a prática da amniotomia precoce está relacionada com a intenção de promover a evolução do trabalho de parto. A bolsa amniótica deve permanecer

intacta até que haja evidência de um critério clínico rigoroso para a sua rotura, contrabalançado com as vantagens das suas funções protectoras. Sendo um procedimento irreversível, carece de avaliação rigorosa prévia ao procedimento e a mulher deve participar na tomada de decisão. (OE, 2015).

Por questões de segurança e em virtude dos requisitos para o procedimento, era efetuada durante a avaliação no exame vaginal e assim que estivessem reunidas as condições de dilatação adequada, de apresentação fetal bem insinuada no colo uterino, na ausência de toque do cordão umbilical e na presença de bem-estar fetal (Gabbi et al., 2015). Desde que as condições estivessem reunidas, era explicado o procedimento e objetivos da técnica à parturiente e obtido o consentimento informado.

Para a realização deste procedimento era utilizada técnica assética, identificava-se a presença de membranas íntegras através do exame vaginal, esperava-se sempre que possível por uma contração uterina para que as membranas ficassem a “tufar”, e posteriormente eram rompidas as membranas com o auxílio da pinça de Herff.

Após a rotura das membranas, verificou-se se acompanhado da saída do líquido amniótico (LA) não era palpável o cordão umbilical. Sendo assim, para que o LA saísse lentamente sem risco de prolapso do cordão, era mantido por algum tempo o toque vaginal.

Durante todo o procedimento é necessário manter sempre a monitorização fetal, para avaliar o bem estar fetal antes, durante e após o procedimento. A FCF era um dos parâmetros ao qual era dispensada maior atenção após a amniotomia, dado que, a ocorrência de complicações como a infeção, o prolapso ou compressão do cordão umbilical são normalmente acompanhados de traçados não tranquilizadores e na presença das duas últimas complicações referidas, é necessário uma atuação emergente.

Após a execução da amniotomia eram efetuados cuidados perineais, colocada uma fralda, e realizavam-se os registos, nomeadamente a hora do procedimento bem como, as características do LA (quantidade, cor e cheiro).

Muitas das parturientes eram submetidas a indução ocitócica, e a complicação mais frequente associada a este fármaco é a hipertonia (Gabbi et al., 2015). A disfunção contrátil uterina hipertónica caracteriza-se por descoordenação da contratilidade, provocando uma desordem dos estímulos contráteis dirigidos ao segmento inferior do útero (Graça, 2010). Este tipo de disfunção é particularmente observado na fase latente do TP e pode exibir padrões bem definidos, como a hipertonia uterina (presença de contrações com mais de dois

minutos de duração) e a taquissistolia (mais de cinco contrações em cada dez minutos, num período de vinte minutos ou mais) (Montenegro et al., 2014; Lowdermilk e Perry, 2008).

Este padrão é ineficaz na extinção e na dilatação do colo uterino e aumenta consideravelmente o risco de hipoxia fetal e de descolamento prematuro da placenta normalmente inserida (Graça, 2010).

Na presença deste tipo de situações, conforme a prescrição médica, a nossa atuação incidiu na suspensão da perfusão ocitócica se presente, colocação de fluidoterapia em curso, posicionamento da parturiente em decúbito lateral esquerdo para favorecer a perfusão útero placenta, a oxigenação fetal e para o controlo da dor se existente (Lowdermilk e Perry, 2008). Todavia, houve casos em que estas medidas não foram suficientes para reverter este padrão, tendo sido pontualmente iniciada tocolise tal como recomendam Graça (2010), NICE (2007) e Gabbi et al. (2015), conforme a prescrição médica. Os protocolos do serviço preconizam o uso de salbutamol como tocolítico de eleição, como tal, era reforçada a vigilância, pelo risco de efeitos laterais incluindo a taquicardia materna e fetal.

No caso de suspensão de ocitocina, esta era reiniciada apenas quando havia indicação médica. Na avaliação do bem estar materno foi sempre considerada a vigilância do seu estado geral, os sinais vitais, fluídos administrados, eliminação vesical, hidratação oral e posicionamento.

As parturientes submetidas a indução de TP com métodos farmacológicos (indutores farmacológicos) e mecânicos (amniotomia) , necessitaram em algumas vezes de uma maior vigilância, planeamento e gestão de intervenções favorecedoras do bem-estar materno-fetal.

O segundo período de TP, refere-se ao período em que a dilatação se apresenta completa culminando com a expulsão total do feto e compreende, igualmente três fases: a latente, a descida e a expulsão. A duração deste período será, em média, de 50 minutos para as primíparas e de 20 minutos para múltiparas, não representando, contudo, uma uniformidade de tempo. As mulheres nulíparas poderão estar até duas horas em esforços expulsivos, já que o seu desenrolar depende de fatores como o número de partos, a presença de analgesia regional, o bem-estar materno, a anatomia materna e fetal, a eficácia dos esforços expulsivos e a progressão geral do TP (Lowdermilk e Perry, 2008; Cunningham et. al, 2013). Neste período, é reunido todo o material, usando a técnica assética e também preparada a unidade que irá receber o RN.

No segundo período de trabalho de parto, existe um momento que alguns autores denominam como fase de descanso (Marshall e Raynor, 2014). Durante o acompanhamento das mulheres nesta fase de TP, assistiu-se em alguns casos, mulheres que após terem dilatação completa permaneceram mais tranquilas, as contrações mantiveram-se mais espaçadas, sendo que algumas parturientes conseguiram dormir por curtos períodos. Perto da altura do nascimento é comum as parturientes sentirem-se desconfortáveis, desejam sentir alívio da dor, referem sentir pressão na região anal e perineal, referindo por vezes que não irão ser capazes de parir.

O reflexo de Ferguson instala-se e a mulher sente a necessidade de expulsar o feto, este impulso é explicado pela descida da apresentação fetal que exerce pressão nos recetores do pavimento pélvico, que estimulam a produção de ocitocina endógena, provocando a necessidade de “puxo” (Lowdermilk e Perry, s., 2008). Inicialmente este reflexo é passível de ser controlado mas torna-se progressivamente involuntário (Marshall e Raynor, 2014).

A manobra de Valsalva, ou seja a realização de esforços dirigidos são desaconselhados. Este tipo de puxo implica a realização de esforços expulsivos em apneia, com a glote fechada e a contração dos músculos abdominais, o que estimula o sistema nervoso parassimpático, provocando reflexo vagal, com diminuição da pressão arterial e da frequência cardíaca materna. Como consequência pode haver diminuição do fluxo sanguíneo placentário, diminuição da oxigenação materna e fetal, diminuição do pH e a pressão parcial de oxigénio (PO₂) no feto, mas também aumento da pressão parcial de dióxido de carbono (PCO₂) e aumento da probabilidade de hipoxemia fetal, refletindo-se assim numa alteração dos padrões de FCF (Lowdermilk e Perry, 2008, Marshall e Raynor, 2014).

A mulher deve ser encorajada a agir instintivamente, apesar da evidência desaconselhar a manobra de Valsalva pelas suas implicações negativas tanto para a parturiente, como para o feto, esta é uma prática largamente utilizada no CHSJ. Na sua maioria as parturientes que estão sob o efeito de analgesia por via epidural, apresentam esforços expulsivos voluntários inadequados.

As intervenções colocadas em prática nestes casos foram diminuir o bólus de analgesia epidural quando o período expulsivo se estava a aproximar, orientar e encorajar a parturiente a efetuar esforços coordenados com a técnica respiratória durante o período expulsivo, no sentido de se concentrar e tirar o máximo partido do seu esforço, sendo que nesta fase é comum assistir-se à exaustão das parturientes e, em casos raros, algum descontrolo.

Nesta altura foi essencial interagir com a parturiente, transmitir-lhe calma, informar sobre o que está a acontecer, verbalizar reforços positivos, quando os esforços expulsivos eram eficazes e tranquilizá-la na pausa das contrações uterinas. A privacidade e a dignidade da mulher, bem como o apoio do acompanhante foram fundamentais de forma a transmitir-lhe confiança e coragem.

Quando a parturiente realizava esforços expulsivos eficazes e a cabeça do feto começava a coroar, iniciava-se o posicionamento para o parto, tendo em consideração os procedimentos de higienização e assepsia necessários.

A mulher deveria ser encorajada a mudar de posição e adotar a que lhe proporcionasse maior conforto. Neste âmbito, não houve grande diversidade, a posição de litotomia foi a posição privilegiada, tanto pelos profissionais como pela maioria das parturientes. Apesar da evidência, referir que esta posição reduz a perfusão placentar e consequentemente reduz a oxigenação do feto e também a qualidade da dinâmica uterina, pelo que deve ser a última opção (Marshall e Raynor, 2014). A posição de litotomia não permite a mobilidade do sacro, as contrações uterinas tornam-se menos eficazes devido à diminuição da pressão e da circulação, podendo haver alterações na FCF, na medida em que a realização de esforços não conta com o auxílio da força da gravidade, pelo contrário, as contrações lutam contra a força da gravidade (Calais-Germain, e Vives, 2009; Simkin e Ancheta, 2013). Roberts (2002), refere que quando a parturiente fica na posição de litotomia sua pressão arterial sofre uma diminuição, pelo que decresce também o fluxo sanguíneo para o feto, devido ao peso do útero sobre os vasos sanguíneos, nomeadamente a compressão da veia cava.

A adoção da posição de litotomia no CHSJ, foi justificada tendo em conta uma maior facilidade de monitorização fetal, acesso mais fácil por parte dos profissionais de saúde ao períneo, possibilidade de efetuar episiotomia, realização de exame vaginal, condução do parto mais fácil e pela dificuldade das mulheres conseguirem permanecer em posições como de cócoras, de joelhos ou de quatro apoios por um período de tempo longo.

Apesar da dificuldade em alterar algumas práticas enraizadas, as parturientes antes do momento do nascimento propriamente dito, eram posicionadas em decúbito lateral, para ajudar na rotação fetal, quando o feto não estava na posição mais favorável para o nascimento. No final, quando a cabeça fetal estava a coroar a parturiente era posicionada em posição de litotomia. Assim, tentou-se minimizar os efeitos adversos dessa posição, elevando-se a cabeceira da cama, alterando assim a posição do útero, promovendo uma posição mais verticalizada.

Roy *et al.* (2014) afirmam que as posições mais verticalizadas promovem maior conforto e tornam mais fácil os esforços expulsivos, bem como ajudam na progressão do feto através do canal de parto, aliado à postura vertical, a liberdade de movimento do cóccix para a zona posterior, aumenta o diâmetro ao nível do estreito inferior da pelve. Por esse motivo, para minimizar a falta de mobilidade do cóccix, colocou-se por baixo da região glútea e da região do sacro, um saco de soro fisiológico grande, protegido com lençóis, formando uma base mole e deformável, de forma a favorecer a mobilidade do sacro.

Durante o período expulsivo, com base em evidências, solicitou-se à parturiente que agarrasse a região externa da coxa, e muitas das vezes que agarrasse na região glútea como se tentasse abrir as espinhas isquiáticas o que, segundo Calais-Germain e Vives (2009), promove a rotação interna dos fêmures, aumentando o estreito médio e inferior.

Assistiu-se inúmeras vezes a perfusão endovenosa de ocitocina, durante o período expulsivo, para aumentar o número de contrações uterinas, nos casos em que estas se tornavam menos frequentes, e a FCF estava dentro dos parâmetros de normalidade, esta medida era conjugada com os puxos maternos para facilitar a descida da apresentação fetal e, de forma a evitar partos vaginais instrumentados.

Durante todo o trabalho de parto, a monitorização fetal é um parâmetro muito valorizado, O EESMO deve reconhecer o padrão fisiológico para evitar intervenções desnecessárias. Dando como exemplo o período expulsivo, as desacelerações precoces de rápida recuperação, com variabilidade mantida entre contrações, são fisiológicas no período expulsivo. Durante a permanência na sala de partos, era comum percebermos através do traçado cardiotocográfico quando a altura do nascimento se estava a aproximar (OE, 2015).

Durante este período, deve haver especial atenção aos traçados cardiotocográficos de modo a identificar a presença de desacelerações tardias ou de recuperação lenta e de bradicardias mantidas. Durante o nascimento, existiu sempre a preocupação de preservar a integridade perineal, no entanto, em algumas situações, pela necessidade de abreviar esta fase do trabalho de parto, por inerência da manutenção do bem estar fetal, foi necessária a execução da episiotomia.

Nas situações em que existiu algum risco materno ou fetal, e em que a episiotomia não era suficiente para solucionar, eram chamados os obstetras para estarem preparados para a iminência de um parto vaginal instrumentado (ventosa), nos casos de bradicardia fetal ou não progressão da apresentação fetal.

Numa situação de evolução normal do TP, durante o período expulsivo a nossa intervenção passou por avaliar a descida e rotação progressiva da apresentação fetal, assim como a distensão do períneo e o início da visualização da apresentação fetal, colocando-se de imediato gel lubrificante para preparar os tecidos.

A proteção do períneo mostrou-se uma intervenção importante de forma a evitar lacerações e recorrer ao uso rotineiro da episiotomia. Esta só era realizada quando era necessário aumentar o canal vaginal e/ou se denotava fragilidade dos tecidos perineais. Em todos os partos a manobra de Ritgen coordenada com a respiração e esforços expulsivos eficazes pela parturiente tiveram bons resultados.

Com o intuito de evitar a expulsão brusca do feto e assim proteger o períneo e tecidos circundantes, teve-se em atenção o controlo da saída da cabeça do RN, a identificação da presença de circular cervical, agindo em conformidade, fazendo laqueação prévia do cordão umbilical quando necessário, o alinhamento dos ombros fetais com a sínfise púbica materna e o desencravamento do ombro anterior, seguido do posterior e expulsão do corpo fetal.

Após o nascimento a laqueação do cordão umbilical, era realizada um minuto após o nascimento, nas situações isentas de risco. O RN era seco e aquecido usando o contacto pele com pele sobre a mãe, avaliava-se o RN determinando o índice de Apgar e assegurava-se a permeabilidade da via aérea, o RN era coberto com um pano seco e dada a oportunidade do convivente significativo ou a própria mulher cortarem o cordão umbilical. Nesse momento eram realizadas as colheitas para os bancos de células estaminais ou para determinação de grupo sanguíneo (caso de aplique). Após o nascimento era colocado em perfusão, um fármaco uterotônico (ocitocina) à mulher.

Em relação à aplicação da manobra de Kristeller, não há evidências científicas que sustentem os benefícios da utilização dessa prática. Em contrapartida apontam inúmeros riscos como: rotura uterina, lesões cerebrais ou fraturas em neonatos, lesão do esfíncter anal entre outros (Trindade e Dalmédico, 2016). Esta manobra no entanto, foi algumas vezes observada principalmente em partos instrumentos, sendo justificada como medida que auxiliava a descida fetal, abreviando o período expulsivo, evitando recorrer a uma cesariana.

Os desvios ao padrão normal de TP mais observados relacionaram-se com: contrações uterinas traduzidas por hipotonia ou hipertonia, que impediam a evolução normal da dilatação, do apagamento cervical e da descida fetal; esforços expulsivos voluntários inadequados; estruturas pélvicas inadequadas; variedades fetais e apresentações fetais anómalas (bregma, fronte e face); fetos macrossômicos e gestações gemelares.

Algumas destas situações terminaram com partos vaginais instrumentados (auxiliados por ventosa), consistindo a nossa intervenção na cooperação/colaboração com o obstetra, apoio à parturiente/convivente significativo e cuidados imediatos ao RN.

No que se refere ao cuidados imediatos ao RN, como foi dito anteriormente, logo após o nascimento era estimulado o contacto pele a pele (no caso de apresentar boa adaptação à vida extra uterina) e fazia-se a avaliação do índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minutos. Passados cerca de dez minutos e com o devido consentimento da mulher, eram prestados os seguintes cuidados ao RN: era colocado numa mesa sob fonte de calor; seco com lençóis aquecidos; aspiradas as secreções da orofaringe e posteriormente das fossas nasais (apenas se necessário); procedia-se à avaliação e registo dos dados antropométricos; o banho do RN só era realizado nas situações de risco de transmissão vertical de doenças infecciosas, (HIV, Hepatite B e C) ou na presença de mecónio espesso aderente a uma grande região corporal; era realizado uma observação física cuidada; administrou-se vitamina K e pomada oftálmica de cloridrato de oxitetraciclina; observou-se cuidadosamente o RN nas primeiras duas horas após o parto verificando a existência de gemido ou outros sinais de dificuldade respiratória (Montenegro, 2014).

Em nenhum dos nascimentos presenciados, houve necessidade de reanimação neonatal, no entanto existem Guidelines de ressuscitação neonatal, de forma a agir em conformidade com a situação.

O terceiro período de TP, inicia-se após a expulsão fetal e termina com a saída da placenta. As intervenções nesta fase relacionam-se na sua maioria no controlo da saída da placenta, de forma eficaz e segura, avaliando e confirmando as suas três fases: descolamento, descida e expulsão (Demott et al., 2006; Montenegro et al., 2014; Lowdermilk e Perry, 2008).

Após o nascimento as mulheres eram posicionadas em decúbito dorsal sem elevar a cabeça e era-lhes explicado que teriam de expulsar a placenta, podendo sentir novamente contrações associadas a essa mesma expulsão. Neste período a perda sanguínea é um dos focos de atenção mais importantes, sendo a hemorragia pós parto (perda de sangue de 500 ml ou superior nas 24 horas após o nascimento) a principal causa mundial de morte materna (WHO, 2012).

O período da dequitação pode durar entre 30 a 60 minutos após o parto, (Montenegro et al., 2014; Lowdermilk e Perry, 2008), no entanto, no decorrer da prática clínica este durou no máximo cerca de 20 minutos.

Durante este tempo de espera, eram realizadas vigilâncias no âmbito das eventuais manifestações clínicas da mulher (alterações dos sinais vitais e do estado de consciência), palpação da consistência e volume uterino, observação da perda hemática vaginal e dos sinais que confirmam o descolamento placentar (útero globoso e firme, sinal do cordão, golfada de sangue, sinal de Krustner) (Lowdermilk e Perry, 2008; Montenegro et al., 2014). Optou-se por uma atitude ativa através da tração controlada do cordão umbilical, administração de ocitocina e massagem uterina para a prevenção das hemorragias pós-parto e da atonia uterina (Graça, 2010; Lowdermilk e Perry, 2008). Segundo a WHO (1996), a gestão ativa do terceiro estágio demonstrou-se ser mais benéfica do que a gestão expectante.

Apesar de ser uma prática habitual a gestão ativa do terceiro estágio de TP, deve ser tida em consideração a opção da mulher/casal declarada no plano de parto ou verbalizada na altura. Caso a mulher quisesse optar por uma gestão fisiológica, e não houvessem fatores de risco, a decisão seria respeitada.

Após confirmação do descolamento da placenta, era pedido à mulher que realizasse pequenos esforços expulsivos para a placenta se exteriorizar, ao mesmo tempo eram feitos movimentos rotativos para que as membranas fossem exteriorizadas em forma de fuso (Manobra de Dublin).

O mecanismo de descolamento placentar poderia efetuar-se por dois mecanismos: o mecanismo de Baudelocque-Schultze (95% dos casos), que acontecia sempre que a placenta se apresentava pela face fetal; e o mecanismo de Baudelocque-Duncan (5%), cuja face apresentada em primeiro lugar era a face materna (Montenegro e Filho, 2011; Lowdermilk e Perry, 2008).

No decorrer deste processo de aprendizagem, todas as dequitudas foram espontâneas e maioritariamente através do mecanismo de descolamento de Baudelocque-Schultze, não se verificando nenhuma situação de retenção placentária. Após este ocorrer, palpava-se o abdómen de forma a pesquisar a presença do globo de segurança de Pinard e verificava-se a perda hemática vaginal para descartar sinais de hemorragia pós parto. A placenta e as membranas eram rigorosamente observadas para garantir que todas as estruturas estavam completas e que nada ficou retido no interior do útero, o cordão umbilical também era observado de forma a avaliar a presença de três vasos (duas artérias e uma veia, que se encontram envolvidos pela substância de Wharton) (Di Naro et al., 2001). Posteriormente eram realizados os cuidados perineais, observava-se e avaliava-se a integridade do canal de

parto e períneo. No caso de haver lacerações perineais ou na presença de episiotomia, procedia-se à execução das técnicas de reparação, de forma que a reconstrução anatômica favorecesse uma boa cicatrização e ausência de sequelas futuras.

Durante todo o procedimento era tido em conta o conforto da mulher, administrando se necessário analgesia. Após ter terminado a técnica de sutura eram realizados novamente cuidados perineais e auxiliava-se a mulher a vestir uma camisa sua.

Sobel (2011) afirma, que o início do aleitamento materno na primeira hora de vida, reforça a proteção do RN relativamente a infeções. Assim sendo, após realizados todos os procedimentos supracitados, e após estar assegurado que o RN e a mulher estavam hemodinamicamente estáveis, era iniciado o processo amamentação, sempre que possível na primeira hora após o nascimento e observada a primeira mamada ao seio materno.

Ao entender o nascimento como um momento único na vida de uma mulher/casal, procurou-se, acompanhá-la de forma efectiva, oferecendo apoio, segurança e promovendo a construção do vínculo afetivo entre RN e pais.

O quarto período designado de hemóstase, é um período extremamente importante, devido aos riscos de hemorragia no pós-parto. São intervenções deste período, verificar o tônus do útero pós-parto, a perda hemática vaginal e o estado geral da mulher (Montenegro et al., 2014; Lowdermilk e Perry, 2008).

Foi necessária uma vigilância rigorosa da puérpera, privilegiou-se essencialmente: a vigilância da perda sanguínea; avaliou-se os sinais vitais de 15 em 15 minutos (a hipotensão e a taquicardia podem indicar perdas hemáticas importantes); vigiou-se a involução uterina, nomeadamente a formação do globo de segurança de Pinard; vigiou-se a presença de hematomas perineais provocados pelas episiotomias; incentivou-se e assistiu-se na amamentação precoce; instituíu-se medidas de alívio da dor através de analgésicos ou utilizando medidas não farmacológicas como o uso de frio (penso com gelo) (Montenegro et al., 2014; Graça, 2005).

A mulher era mantida em jejum durante estas duas horas, com uma via endovenosa permeável, com perfusão de ocitocina. Era comum observar-se tremores e cansaço. A diurese também era vigiada nas primeiras horas, caso houvesse retenção urinária devia proceder-se ao esvaziamento vesical nas primeiras quatro horas (Graça, 2005).

Quando passadas duas horas após o parto, vigiava-se a contração uterina, as perdas hemáticas, observava novamente o períneo e realizava-se os cuidados de higiene perineais.

Verificando-se que estavam todos os parâmetros dentro da normalidade, suspendia-se a perfusão ocitócica, mantinha-se o cateter venoso periférico profilaticamente e era retirado o cateter epidural (no caso de ter cateter epidural)(Montenegro, 2014) e oferecida uma pequena refeição à puérpera. Findos todos estes procedimentos, eram avaliados novamente os sinais vitais e realizado o primeiro levante para a maca, onde posteriormente era transferida para o serviço de internamento de puerpério.

Os registos de enfermagem eram realizados criteriosamente, descrevendo de forma pormenorizada todos os procedimentos realizados, visando traduzir as nossas intervenções e permitindo que a informação fosse acessível aos restantes profissionais, para um seguimento efetivo da história clínica da utente, garantindo assim a continuidade dos cuidados e a visibilidade dos mesmos.

Observou-se que cada grávida tem inerente valores familiares, tradições herdadas, saberes e crenças sobre o parto. Compreender essas crenças, os valores e as práticas de várias culturas ajudou a proporcionar cuidados adequados e culturalmente congruentes (Lowdermilk e Perry, 2008).

Procurou-se no decorrer deste percurso formativo ir ao encontro das expectativas da mulher/casal, tendo em conta a sua singularidade, valores e crenças. Houve sempre a preocupação de tentar perceber qual a vivência do processo de maternidade noutros países e em diferentes culturas.

Durante a permanência na sala de partos, houve a oportunidade de contactar com uma parturiente de nacionalidade chinesa e a barreira linguística foi a mais difícil de ultrapassar. Assim, tentou-se comunicar com o marido em inglês, utilizou-se uma aplicação no telemóvel que traduzia as frases, recorreu-se a alguns gestos para demonstrar e por vezes quando era necessário realizar algum procedimento mostrava-se os diversos materiais, tentando obter o seu consentimento. Tentou-se dentro do possível descodificar e esclarecer os medos e as dúvidas da mulher, informando-a sobre a evolução do TP e os cuidados obstétricos relativos ao mesmo.

Outra situação vivenciada, foi um ritual de canto e oração após o nascimento de um RN, cujos pais eram oriundos da Guiné Bissau. Neste caso, adiou-se o mais possível os cuidados ao RN, embrulhando-o apenas em lençóis aquecidos. Este casal também é lembrado, porque durante o TP, esta mulher, recusou analgesia por via epidural e qualquer outro tipo de procedimento, ou perfusão de soroterapia, justificando que este era o quarto filho, e que os anteriores nasceram em casa sem nenhum procedimento medicalizado. Referindo ainda que

a mulher deverá sentir as dores de parto, que são dores fisiológicas e favorecedoras da sua normal evolução. Explicou que a sua vinda ao hospital, deveu-se apenas a não estar no seu país e não confiar em ninguém que fizesse o seu parto em casa. A sua vontade foi respeitada, não descurando a vigilância dos sinais vitais, bem estar fetal (telemetria), perda hemática vaginal, tendo para isso o consentimento da mulher.

Este período de aprendizagem na sala de partos, foi um momento de aprendizagem muito intenso, em que a construção das competências no âmbito da assistência à mulher em trabalho de parto, foi progressiva, e a capacidade para a tomada de decisão foi gradual. Apesar da componente teórica nos garantir um grande leque de conhecimentos foi necessário muito estudo e pesquisa complementar, sendo importante adquirir destreza em técnicas especializadas, que dizem respeito à vigilância e condução do trabalho de parto.

A aquisição e a consolidação destes novos “saberes” conduziu progressivamente ao desenvolvimento de novas competências, permitindo-se reconhecer, compreender, interpretar e responder adequadamente às situações clínicas que emergiam na assistência à mulher durante o trabalho de parto.

Houve a possibilidade de perceber que quando as parturientes sentiam a sua vontade respeitada, tornavam-se mais colaborantes, confiantes e verbalizavam maior satisfação.

É fundamental salvuardarmos o direito da mulher à autodeterminação, ela tem o direito de expressar a sua vontade relativamente às intervenções a desenvolver, ponderando os riscos e benefícios relativamente às suas necessidades específicas e tomando decisões livres e informadas (OE, 2015).

Ao longo deste percurso, o confronto diário com situações diferentes, para além de gerar alguma ansiedade e por vezes nervosismo era também o que mais nos desafiava e motivava a querer pesquisar mais informação, para cada dia ser melhor profissional. A destreza nos procedimentos, também foi adquirida gradualmente com a ajuda das tutoras e dos restantes elementos da equipa. Este processo foi acompanhado de muito esforço e dedicação de forma a sentir mais segurança e autonomia na prestação de cuidados à mulher/casal/recém-nascido, tendo como produto final cuidados especializados de excelência.

2.1 A deambulação na primeira fase do trabalho de parto

No desenvolvimento da prática clínica verificou-se interesse no aprofundamento do contributo da deambulação, na primeira fase do trabalho de parto, bem como desenvolver competências de investigação em enfermagem.

Ao longos dos tempos as mulheres passaram de uma postura vertical, na hora de parir, para uma posição horizontal. Este fenómeno ocorre em simultâneo com a medicalização segundo a escola obstétrica francesa e generalização do acompanhamento obstétrico por parteiras e cirurgiões obstétricos (Silva & Dadam, 2008).

Ao longo dos anos, tem-se assistido a uma contestação deste processo por profissionais que acreditam tanto na deambulação como na adopção de posições verticais. Silva e Dadam (2008) alertam para a importância da deambulação e do movimento na evolução da primeira fase de trabalho de parto, assim como no conforto materno e fetal ao longo de todo o processo.

Nos últimos anos, vários estudos têm demonstrado que é vantajoso, tanto para a mulher como para o RN, a mulher manter-se em movimento durante o trabalho de parto, dado que o movimento promove uma melhoria na contração uterina. Este movimento faz com que o fluxo sanguíneo para o feto seja mais abundante, por via placentária, tornando o trabalho de parto mais curto e a dor menos intensa (Robertson, 2000).

Bloom et al. (1998) consideram que a duração do trabalho de parto diminuí com a deambulação devido à melhoria na contração uterina verificada, diminuindo a necessidade de ocitocina e analgesia. Mais ainda, os autores consideram haver uma diminuição da necessidade de recurso à instrumentalização do parto.

Com esta investigação pretende-se verificar se a deambulação durante a primeira fase do trabalho de parto o afeta e, caso afete, de que forma. Esta estudo será baseado na investigação já existente acerca da temática, através de uma revisão integrativa da literatura.

2.1.1 Introdução ao problema

Atualmente, apenas uma pequena percentagem das mulheres opta espontaneamente pela deambulação ou pela posição vertical durante o trabalho de parto.

Apesar das vantagens demonstradas por alguns autores na posição vertical e na deambulação da parturiente durante o trabalho de parto, existe ainda insegurança e medo de complicações por parte da mulher, bem como escassez de recursos que permitam, por exemplo, monitorizar o trabalho de parto. Estes fatores fazem com que os profissionais de saúde hesitem na hora de incentivar a mulher a assumir a posição vertical ou a deambular. Mais ainda, a utilização de analgesia por via epidural pode constituir um entrave pelo risco da diminuição da capacidade motora da parturiente.

Atualmente, sabe-se que já é possível, através das novas técnicas de administração de analgesia por via epidural, recorrendo ao uso de baixas dosagens de medicação, continuar a deambular durante todo o trabalho de parto. Apesar disso, os profissionais da saúde não encorajam a deambulação, como já anteriormente referido, pela incapacidade de monitorização contínua adequada durante o trabalho de parto, por dificultar a avaliação da sua progressão, por aumentar o risco de queda quando a mulher está sob o efeito de analgesia por via epidural contínua.

Vários autores têm demonstrado vantagens na adoção de posições verticais como estar de pé, cócoras e caminhar, tais como o alívio da fadiga, aumento do conforto e promoção da circulação (Lowdermilk & Perry, 2008) promovendo maior abertura da região pélvica para a expulsão do feto (Mamede & Dotto, 2007).

A inquietação para o estudo da problemática da deambulação na primeira fase do trabalho de parto emergiu não só porque se trata de uma área de intervenção autónoma do EESMO, mas também porque era uma das problemáticas que gerava alguma controvérsia no seio das práticas adotadas pelos profissionais de saúde. Isto é, se por um lado os enfermeiros apoiam e incentivam esta prática, por outro lado os médicos anestesiistas colocam alguns entraves quando as parturientes estão sob o efeito de analgesia epidural. Já os obstetras também apoiam esta prática desde que as parturientes estejam com monitorização contínua.

Para que os profissionais da saúde possam direcionar as parturientes para a adoção de posições verticais e deambulação é importante que estes conheçam as vantagens deste

comportamento e as desvantagens da adoção de posições horizontais, bem como permanecer deitada durante todo o trabalho de parto.

A deambulação e posições verticais (quando o ângulo entre o tronco e os membros inferiores é superior a 45º) promove (Néné et al., 2016; Silva, et al., 2011; Lowdermilk & Perry, 2008): melhoria do fluxo sanguíneo placentário com a consequente diminuição de ocorrência de padrões anómalos na frequência cardíaca dos fetos; melhoria na ventilação pulmonar e equilíbrio ácido-base materno e fetal; maior eficiência das contrações uterinas; e diminuição da dor com a possibilidade da parturiente adoptar a posição mais confortável para si, o que promove o aumento de endorfinas.

Por sua vez, a posição horizontal durante o trabalho de parto, incluindo a posição supina, de litotomia e semireclinada, bem como todas as posições cujo ângulo é inferior a 45º, têm como desvantagens (Néné et al., 2016): a compressão de grandes vasos sanguíneos maternos, como a artéria aorta e veia cava, com a diminuição do débito cardíaco, hipotensão, bradicardia materna, com diminuição da quantidade de oxigénio fornecida ao feto, podendo conduzir a sofrimento fetal nos casos em que o período expulsivo é prolongado; e a distensão gradual do períneo é dificultada porque a cabeça do feto não consegue pressionar de forma contínua o períneo.

Em suma, a adoção de posições verticais, nomeadamente a deambulação, constitui uma estratégia de conforto e está associada a um trabalho de parto menos demorado e com menos dor e ansiedade. Por conseguinte, importa aos profissionais de saúde do EESMO implementar as melhores práticas, fornecendo todas as condições de segurança e qualidade na assistência às parturientes, reconhecendo a necessidade de mobilizar as mulheres para a adoção de comportamentos que melhoram não só o tempo de trabalho de parto como diminuem a dor e ansiedade associada ao processo.

A realização desta revisão integrativa teve como objetivo, conhecer os efeitos da deambulação na progressão da primeira fase do trabalho de parto. A problemática em questão surgiu através de uma necessidade reconhecida nas utentes, desplotando assim uma investigação mais pormenorizada com o intuito de oferecer uma resposta a esta necessidade e aprofundar o conhecimento científico sobre a temática

2.1.2 Método

A revisão integrativa é um método que proporciona uma síntese do conhecimento, aliando a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. É a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenómeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos como (Souza, 2010): definição de conceitos; revisão de teorias e evidências; análise de problemas metodológicos de um tópico particular.

Delinear uma análise sobre o conhecimento previamente construído em pesquisas anteriores acerca de um determinado tema possibilita a síntese de vários estudos já publicados, promovendo a geração de novos conhecimentos (Botelho, 2011). A revisão integrativa de literatura de pesquisa na enfermagem tem sido proposta por diferentes autores cujos procedimentos metodológicos se diferenciam no número de etapas e na forma como propõem desenvolvê-las e apresentá-las. Contudo, como a figura 1 demonstra, o processo segue basicamente cinco etapas (Crossetti, 2012): formulação do problema; colheita de dados ou busca da literatura; avaliação dos dados; análise dos dados; apresentação e interpretação dos resultados.

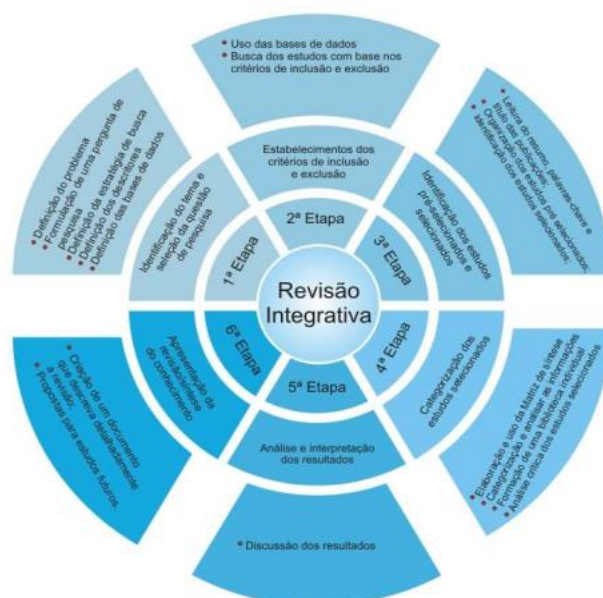


FIGURA 1: Esquema sobre revisão integrativa da literatura (Botelho, 2011)

Com o objetivo de suportar uma prática baseada na evidência, a pesquisa foi desenvolvida com recurso a base de dados informáticas como a PUBMED e plataforma EBSCO host:

Academic Search Complete; CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text; Psychology and Behavioral Sciences Collection; ERIC; MedicLatina e SPORTDiscus com textos completos (Full text). Para além das pesquisas efetuadas nas bases de dados acima referidas, foi ainda realizada pesquisa no motor de busca do Google Académico de forma a complementar e enriquecer a pesquisa.

Para a pesquisa foram definidos e aplicados os seguintes descritores: “ambulation”, “obstetric”, “labour”, “delivery” e “first stage labour”. A frase booleana utilizada foi “ambulation” AND “obstetric labour” OR “delivery” AND “first stage labour”. Numa primeira fase foram seleccionados os artigos de interesse, posteriormente procedeu-se a uma leitura do resumo seleccionando-se apenas os artigos que respondiam à problemática em estudo.

Nesta seleção foram definidos como critérios de inclusão: parturientes na primeira fase do TP, estudos indexados às bases de dados anteriormente referidas, estudos escritos em inglês, espanhol e português, preferencialmente de elevada evidência científica, publicados nos últimos 6 anos.

Os critérios de exclusão definidos foram os seguintes: artigos cuja amostra englobasse parturientes e recém-nascidos com fatores de risco.

A pergunta de investigação que emergiu foi: “ Quais os efeitos da deambulação na progressão da primeira fase do trabalho de parto? ”

A seleção da primeira fase do trabalho de parto ocorreu por se tratar do início das contrações uterinas regulares até à dilatação completa do colo uterino e por ser um período longo. Durante a prática clínica a primeira fase do trabalho de parto é aquela em que a maioria das mulheres se demonstra mais recetiva para diversas estratégias, numa tentativa de vivenciar o seu parto de forma satisfatória.

2.1.3 Resultados

Através da pesquisa descrita anteriormente foram selecionados os seguintes artigos que constam na tabela abaixo:

Pesquisa efetuada com a frase booleana: “Deambulation” AND “Obstetric Labour” OR “Delivery” AND “First Stage Labour”.			
	Artigos encontrados	Artigos escolhidos	Justificação para exclusão dos artigos
PubMed	7	3	Foi excluído inicialmente um artigo que apenas tinha disponível o resumo, e os restantes por não responderem à pergunta de partida.
EbscoHost	16	1	Foi automaticamente excluído 1 artigo por se encontrar repetido. Pela leitura do título dos trabalhos foram excluídos 13 artigos por não responderem à pergunta de investigação e 1 outro por não respeitar os critérios de inclusão.
Google Académico	2130	2	Foram excluídos 2128 artigos pela repetição, leitura do título e resumo. No Google académico não foi possível a aplicação de filtros avançados o que dificultou a pesquisa. No entanto, achou-se pertinente a inclusão destes artigos de forma a conseguir complementar a informação com artigos de relevância científica.

TABELA 1: Pesquisa de artigos

Para facilitar a leitura procurou-se agrupar os dados considerados relevantes na tabela 1. Nesta foram incluídos os autores, o ano da publicação, o título do artigo, a metodologia, o objetivo, os resultados e o nível de evidência.

O grau de evidência relaciona os tipos de trabalhos com a sua relevância, fornecendo um esquema que permite aferir da qualidade do conhecimento a avaliar e, assim, reflete o nível

de certeza do conhecimento e a sua capacidade de orientar as conclusões finais acerca do tema avaliado (Levin e Jacobs, 2008). Com a avaliação do grau de evidência procura-se determinar o nível de segurança dos resultados e as conclusões da presente revisão integrativa.

Para Craig e Smyth (2004) o nível de evidência mais elevado, quando se avalia a eficácia de intervenções, encontra-se em trabalhos com processos de amostragem aleatórios, dado que as diferenças entre grupo de controlo e de intervenção devem-se à intervenção a avaliar e não a outros fatores. Por conseguinte, as revisões sistemáticas e meta-análises de ensaios aleatórios e controlados apresentam nível de evidência mais elevado, classificados com nível de evidência I e ocupando o topo da pirâmide. Ensaios clínicos singulares são tidos com nível de evidência II. O nível de evidência III refere-se a estudos quase-experimentais, como estudos não-randomizados (Levin & Jacobs, 2008).

Os dados foram analisados através de um processo de análise textual de forma a identificar e a isolar os conteúdos e categorizar os enunciados, possibilitando a sua integração na descrição e interpretação.

Autores (data)	Título	Metodologia	Fonte	Objetivo	Resultados	NI
Selby, C.; Valencia, S.; Garcia, L.; Keep, D; Overcash, J.; Jackson, J. (2012)	Activity Level During a One-Hour labor check evaluation: walking versus bed rest	Estudo randomizado controlado.	Pubmed	Determinar se existe diferença na progressão do trabalho de parto comparado com o permanecer na cama ou deambular, durante uma hora em trabalho de parto.	Não foram encontradas diferenças entre as mulheres que deambularam e as que permaneceram no leito relativamente à dilatação cervical, tempo de trabalho de parto e conforto materno.	I
Martin, C., Martin, C. (2012)	A narrative review of maternal physical activity during labour and its effects upon length of first stage.	Revisão narrativa da literatura.	Pubmed	Determinar quais os efeitos da movimentação da mulher em trabalho de parto na duração da primeira fase do mesmo.	Dos 13 estudos primários analisados, 8 relatam que não existe alteração na duração do TP pelo facto das parturiente estarem em movimentação, os restantes 5 estudos reportam ao encurtamento do mesmo. Não há estudos que relatem que a atividade física materna causa alongamento da primeira fase do trabalho de parto.	III

Lawrence A., Lewis L., Hofmeyer, G., Styles, C. (2013)	Maternal positions and mobility during first stage labour (Review).	Revisão sistemática	Pubmed	Avaliar os efeitos das posições verticais, (incluindo caminhar) em comparação com as posições decúbitas para as mulheres, na primeira etapa do trabalho de parto, na duração do trabalho de parto, tipo de parto e outros resultados importantes para elas e respectivos recém-nascidos.	O tempo de parto nas mulheres que optaram por posições verticais e deambulação foi menor comparativamente às mulheres que permaneceram na cama; as mulheres que permaneceram de pé foram menos propensas a ter um parto por cesariana e menos probabilidade de necessitar de analgesia epidural; os recém-nascidos de mães que assumiram posições verticais são menos propensos a ser admitidos na unidade de terapia intensiva neonatal; as diferenças entre as mulheres que adotaram posições verticais e deambulação e as mulheres que optaram por posições	I
---	---	---------------------	--------	--	---	---

					horizontais não foram significativas.	
Prabhakar, D.; George, L.; Karkada, . (2015)	Effectiveness of ambulation during first stage of labour, on the outcome of labour among primigravid women in selected Hospitals of Palakkad District, Kerala.	Estudo quase experimental.	Ebscohost	Determinar os efeitos da deambulação na primeira fase de trabalho de parto no parto em si; Verificar se a deambulação reduz a necessidade de medicação durante o parto, bem como redução das dores e complicações, durante o parto.	O tempo de duração do parto foi inferior nas mulheres que deambularam na primeira fase do trabalho de parto; a deambulação não tem nenhum efeito negativo no RN; e é bem aceite pelas mulheres, quando lhes é explicado os seus benefícios.	III
Mathew, A.; Nayak, S.; Vandana, K. (2012)	A Comparative Study on Effect of Ambulation and Birthing Ball on Maternal and Newborn Outcome Among Primigravida	Estudo randomizado controlado.	Google académico	Determinar o efeito da bola de nascimento e da deambulação no TP nos resultados maternos e dos RNs.	Os resultados demonstraram que existe uma melhoria significativa no resultado materno após o uso da deambulação, incluindo menos partos instrumentados e diminuição da duração da primeira fase de TP.	I

	Mothers in Selected Hospitals in Mangalore					
Kamud, A., Chopra, S. (2013)	Effect of upright positions on the duration of first stage of labour among nuliparaous mothers.	Estudo quase experimental.	Google académico	Determinar os efeitos das posições verticais na duração da primeira fase do TP em mulheres nulíparas.	Dos resultados que emergiram deste estudo, salientam-se : diminuição de 1 hora na primeira fase do TP em comparação com posições supinas; aumento das contrações; e diminuição de partos instrumentados.	III

TABELA 2: Artigos da revisão integrativa da literatura

2.1.4 Discussão

Inicialmente importa estabelecer um olhar crítico sob os procedimentos atuais, em que as mulheres permanecem deitadas na cama e são impedidas de deambular durante a primeira fase de trabalho de parto. Este fenómeno é ainda mais acentuado nas mulheres que requerem analgesia por via epidural, o que por si só não impossibilita a mulher de deambular na primeira fase do trabalho de parto.

Martin e Martin (2012) efetuaram uma revisão bibliográfica com base na sua evidência de que as mulheres de países ocidentais mantêm a posição de decúbito durante a primeira fase do trabalho de parto mas que seria mais natural que esta se movimentasse. Assim, os autores procuram demonstrar o impacto da deambulação nesta fase do trabalho de parto na duração da sua primeira fase. Os resultados que Martin e Martin (2012) obtiveram foram ambíguos, com sete estudos que verificaram um tempo de duração da primeira fase de trabalho de parto mais curto nas mulheres que deambulavam, comparativamente às mulheres que permaneceram deitadas, e com onze estudos que não revelaram alterações na duração deste período.

No estudo de Selby et al. (2012) os autores verificam que caminhar durante uma hora não tem qualquer efeito na dilatação cervical, tempo do parto, número de partos que ocorrem em 24 horas ou no conforto materno.

Contrariamente, Lawrence et al. (2013) verificam uma evidência clara de que deambular e posições verticais na primeira fase de trabalho de parto reduzem a duração deste, o risco de cesariana, a necessidade de epidural e não parecem estar associadas ao aumento de intervenções ou efeitos negativos para o bem estar quer da mãe quer do recém-nascido. Não obstante, os autores atentam para a necessidade de estudos com mais qualidade de forma a confirmar com elevado grau de confiança os verdadeiros riscos e vantagens de posições móveis comparativamente a permanecer na cama.

Outros autores verificaram a mesma evidência nos seus trabalhos, com nível de evidência mais elevado comparativamente ao trabalho de Lawrence et al. (2013). Prabhakar, George e Karkada (2015) verificaram uma redução na duração do trabalho de parto nas mulheres que deambularam. Por outro lado, os autores não encontraram efeitos negativos associados ao recém-nascido e as mulheres gostavam do seu direito à escolha, isto é, as mulheres mostraram-se recetivas à possibilidade de deambularem, assim que lhes foram explicitados os benefícios do procedimento.

Verificou-se durante a prática clínica, que a deambulação era efetiva na redução da dor do trabalho do parto e quando efetuada de forma apropriada trata-se de um procedimento seguro. O que se observava em contexto da prática, era que as parturientes aderiam à deambulação desde que lhes fosse esclarecido sobre as vantagens e assegurado o suporte contínuo.

Kamud e Chopra (2013), realizaram um estudo quase experimental dos quais emergiram alguns resultados advindos de outros estudos, salientando-se os seguintes: posições verticais diminuem em uma hora a primeira fase do TP em comparação com posições supinas; aumentam as contrações espontâneas; a diminuição de partos auxiliados por forceps; por último, um dos artigos mostrou que há redução de 2 horas da fase ativa da primeira fase do TP. Sendo que nenhum dos estudos demonstrou algum efeito adverso nas parturientes.

Mathew et al. (2012), realizaram um estudo randomizado controlado, composto por um grupo de controle pós-teste. A população escolhida era composta por mulheres primíparas na primeira fase de TP. Os resultados demonstraram que existe uma melhoria significativa no resultado materno após o uso da deambulação, incluindo menos partos instrumentados, diminuição da duração da primeira fase de TP e diminuição da sensação de desconforto.

A associação entre a deambulação e o alívio da dor no trabalho de parto encontrada nos trabalhos de Selby et al. (2012), Lawrence et al. (2013) e Prabhakar, George e Karkada (2015) poderá estar relacionada com o efeito da deambulação na estrutura pélvica, isto é, os ossos da pelve têm como função proteger e guiar o feto pelo canal de parto, sendo que esta estrutura é mantida por ligamentos que relaxam ao longo da gravidez aumentando a flexibilidade das articulações pélvicas e, assim, aumentando o espaço interior da bacia pélvica.

Observou-se na prática clínica que a deambulação especialmente na primeira fase do trabalho de parto ajudava a mulher a lidar com a dor das contrações que se vão tornando cada vez mais fortes e dolorosas, pela possibilidade da mulher se movimentar de acordo com aquilo que sentia proporcionando-lhe maior conforto. Com a diminuição da dor era comumente observado que estas mulheres ficavam mais calmas e consequentemente o TP se desenrolava de forma mais rápida.

Os resultados obtidos nos estudos demonstram que, por norma, as mulheres que deambulam durante a primeira fase do trabalho de parto por norma apresentam vantagens relativamente às mulheres que permanecem na cama. Um dos trabalhos obtidos na pesquisa não verifica melhorias na progressão do grupo de mulheres que deambulam. E um dos estudos apresenta

alguma ambiguidade nos resultados. Não obstante importa realçar o facto destes autores também não registarem efeitos negativos provocados pela deambulação.

Considerou-se importante que conhecendo as vantagens apresentadas pela deambulação no trabalho de parto seria importante que a mulher ter liberdade de optar como pretende conduzir o seu processo.

Acredita-se que a objetivação dessa medida não só virá acrescentar conhecimento sobre o papel da deambulação no trabalho de parto e parto, mas também auxiliará os profissionais da saúde na determinação de orientações sobre o estímulo à deambulação e na condução do trabalho de parto.

2.1.5 Conclusão

Pela avaliação dos resultados obtidos na presente revisão integrativa procurou-se avaliar os efeitos da deambulação na primeira fase do trabalho de parto.

Os trabalhos selecionados para a revisão não permitem tirar conclusões definitivas, isto é, enquanto um dos trabalhos não encontra uma associação entre a deambulação e o tempo de trabalho de parto, outro deles apresenta alguma ambiguidade relativamente aos efeitos da deambulação na progressão do TP. Nesta revisão integrativa, foram incluídos quatro trabalhos que demonstram uma associação positiva entre a deambulação e a duração do trabalho de parto .

Com esta revisão pretende-se sensibilizar os profissionais de saúde a fornecer informação às parturientes no sentido destas conhecerem outras opções ao trabalho de parto, que não a posição horizontal, durante o trabalho de parto, dando a conhecer a estas mulheres as vantagens que a deambulação na primeira fase de trabalho de parto apresenta.

Não obstante, ao longo do trabalho deparámo-nos com algumas dificuldades, como o facto de não existirem trabalhos que se centrem apenas na deambulação na primeira fase do trabalho de parto e de que forma esta influencia a sua progressão.

Revelou-se importante o desenvolvimento de mais estudos para determinar os verdadeiros efeitos da deambulação apenas na primeira fase do trabalho de parto tendo em conta apenas esta variável e analisar de que forma poderá influenciar a progressão do TP. Apenas através de um conhecimento baseado em evidências científicas é possível aos profissionais de saúde alertar as parturientes para as vantagens e desvantagens da deambulação no trabalho de parto.

3. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO PERÍODO PÓS PARTO E CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO

Neste etapa do processo de aprendizagem e de acordo com o Regulamento de Competências Específicas do EESMO, os objetivos traçados são adquirir competências de forma a: promover a saúde da mulher e do RN no período pós-natal; diagnosticar e prevenir complicações para a saúde da mulher e do RN durante o período pós-natal; prestar cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e do recém-nascido no período pós-natal. Por conseguinte, o intuito era adequar os conhecimentos científicos à prática clínica no que se refere ao cuidar a mulher durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do RN, apoiar no processo de transição e de adaptação à parentalidade, bem como diagnosticar precocemente e prevenir complicações.

Durante as oito semanas que constituíram este módulo, autocuidado pós-parto e parentalidade, foi possível operacionalizar os conhecimentos teóricos adquiridos em contexto académico, bem como problematizar conteúdos e refletir acerca da intervenção do EESMO neste período tão particular e complexo da vida de uma mulher/casal.

Para a realização deste módulo está preconizado o seguinte objetivo geral: desenvolver competências de diagnóstico, suporte e intervenções de enfermagem que permitam a assistência especializada à mulher e família no puerpério e ao recém-nascido saudável e de risco.

A concretização do objetivo supra citado teve como finalidade o crescimento profissional e pessoal. De forma a concretizá-lo foram definidas algumas estratégias tais como: demonstrar disponibilidade para a aprendizagem, preocupação em integrar na equipa multidisciplinar, preocupação em perceber a ergonomia e disposição do serviço, respetivas rotinas e material existente; consultar protocolos do serviço de forma a adequar os cuidados à puérpera, ao recém-nascido e à família no autocuidado pós parto e na adaptação à parentalidade; respeitar as crenças, os direitos e os deveres da puérpera e da família prestando cuidados de forma adequada, individualizada e culturalmente competentes; respeitar a privacidade e a autonomia da puérpera e da família; prestar apoio na amamentação/aleitamento materno; promover medidas de conforto para alívio da dor no pós parto; informar a puérpera sobre contraceção e sexualidade no período pós-parto; orientar para o autocuidado e recuperação pós parto; diagnosticar situações passíveis de afetar a saúde física e mental; implementar intervenções e/ou referenciar as que estavam para além da nossa atuação.

O período pós parto é um marco importante na vida de um casal. A transição para a parentalidade implica um conjunto de transições individuais, conjugais e sociais para os novos pais, pois apesar de um filho ser desejado e esperado, o seu nascimento torna o processo irreversível, modificando decisivamente a identidade, papéis e funções dos pais e de toda a família (Canavarro e Pedrosa, 2005).

No período puerperal existem diversos focos de atenção por parte do EESMO, nomeadamente: as questões relacionadas com a reorganização familiar, psíquica e social; às vivências e experiências das mulheres e de suas famílias referentes à maternidade; ao autocuidado e à forma como cuida o RN; aos aspetos culturais, espirituais e socioeconómicos e ainda à rede de apoio familiar e comunitária na qual a mulher se insere (Souza et al., 2008).

De seguida, serão abordadas as alterações/adaptações biológicas, pelas quais o organismo materno tem de passar no período puérperal. Essas alterações devem-se maioritariamente ao retorno das funções corporais à sua condição pré-gestação. Sendo essas adaptações de cariz fisiológico, é necessário um conhecimento sobre as mesmas de forma a prevenir eventuais complicações. O puerpério é assim um período de grandes desafios tanto para a mulher como para a família, marcado por grandes transformações anatómicas e funcionais, assim como por reajustes psicológicos.

Segundo Graça (2010), o puerpério pode ser dividido em três períodos: o puerpério imediato, referente às primeiras vinte e quatro horas; o puerpério precoce que vai até ao final da primeira semana; e o puerpério tardio que perdura até ao final da sexta semana após o parto.

Sendo que todas as mulheres apresentam alterações/adaptações anatómicas e fisiológicas semelhantes no período pós-parto, cada mulher é única, tem as suas particularidades e deve ser cuidada de forma individualizada. Existem fatores que indubitavelmente implicam que cada experiência vivenciada seja única, nomeadamente, o tipo de parto, a duração do mesmo, a presença ou não de episiotomia e/ou lacerações, o desejo de amamentar, o número de filhos, o apoio familiar, a gravidez ter sido planeada/desejada, entre outros fatores influenciadores. Assim, colheram-se dados individuais na avaliação inicial provenientes da leitura do processo que permitiram formular diagnósticos de enfermagem e delinear um plano de cuidados adequado e individualizado para cada puérpera e recém-nascido.

A vigilância do puerpério imediato e a prestação dos primeiros cuidados à puérpera e ao recém-nascido são efetuados no bloco de partos. Após o período da hemóstase (período que tem início uma a duas horas após a dequitação), a puérpera é transferida para o serviço de puerpério, juntamente com o RN.

Aquando da admissão ao serviço, a puérpera foi informada sobre a unidade, os recursos disponíveis e o horário de visitas para o pai e restantes conviventes significativos. É ainda explicado que o tempo de internamento pós-parto eutócico é de cerca de 48 horas, se este ocorreu antes das 15 horas e perante um parto distócico por cesariana é de 72 horas, se este ocorreu antes das 15 horas. Findo este tempo, se não houver intercorrências, a puérpera e o recém-nascido têm alta.

Após o acolhimento da puérpera e depois desta estar devidamente instalada, foram confirmados os dados e realizado o exame físico à puérpera. Foi verificada a identificação da puérpera e do RN; o sexo do RN; a clampagem do coto umbilical; a pulseira de identificação, sendo colocada também uma de identificação electrónica; e, em todos os casos, o processo clínico da puérpera e do RN é consultado.

No pós-parto existem alguns diagnósticos que mereceram especial atenção tais como: “risco de hemorragia”, “risco de hipotensão” e “risco de retenção urinária” (ICN, 2011). No serviço de internamento, ainda se pode acrescentar focos de atenção como: recuperação, amamentação; ferida cirúrgica (quando existiu); e papel parental.

Tendo em conta os diagnósticos supracitados, no que se refere ao exame físico da puérpera, a avaliação é mais direccionada para a recuperação física, fazendo-se assim avaliação do bem-estar geral da mulher, coloração da pele e das mucosas e a verificação da contração do útero (Graça, 2010; Lowdwer milk e Perry, 2008).

Os sinais vitais incluindo a pressão arterial, a frequência cardíaca, a temperatura auricular e a presença de dor foram também avaliados, conforme o protocolo do serviço, prescrição médica e sempre que necessário. Se a pressão arterial diastólica fosse superior a 90 mmHg e não houvesse outros sinais e sintomas de pré-eclâmpsia, a medição da pressão arterial era repetida passadas quatro horas. Se houvesse suspeita de infeção e a temperatura de uma mulher estivesse acima de 38 ° C, ela era avaliada novamente após quatro a seis horas, mas se persistisse era contactado o médico (Demott et al, 2006; Graça et al., 2010).

É importante salientar que os sinais vitais, também passam por alguma instabilidade: a pressão arterial pode sofrer uma bradicardia transitória, logo após o parto; a temperatura pode elevar-se discretamente nas primeiras 24 horas; o pulso pode diminuir a sua frequência e a respiração com o esvaziamento do útero e descompressão do diafragma, deixa de ser diafragmática e passa a ser abdominal (Pinelli e Abrão, 2009).

Todas as puérperas receberam informações claras e concisas sobre o processo fisiológico de recuperação, de forma a capacitá-las a cuidar da sua saúde e a reconhecer sintomas de anormalidade. Segundo Demott e colaboradores (2006), nas primeiras 24 horas pós-parto existem parâmetros a que os profissionais devem estar atentos, e para os quais as puérperas devem estar sensibilizadas, para que possam alertar precocemente no caso de estarem a experienciar alguma das situações que serão seguidamente mencionadas: sinais e sintomas de hemorragia pós-parto, como perda súbita e abundante de sangue ou aumento da perda de sangue persistente, tonturas e palpitações / taquicardia; sinais e sintomas de infeção como febre, agitação, dor abdominal e / ou perda vaginal abundante de sangue; sinais e sintomas de tromboembolismo, tais como, dor unilateral nos músculos gêmeos, dispneia ou dor no peito; sinais e sintomas de pré-eclâmpsia, como cefaleias acompanhadas de um ou mais dos sintomas de distúrbios visuais, náuseas, vômitos, tonturas.

As mulheres que foram submetidas a uma anestesia por via epidural devem ser aconselhadas a informar eventuais cefaleias, particularmente quando sentadas ou em pé.

Apesar de não se ter sido vivenciado nenhum caso de referência imediata ao médico, considerou-se importante saber quais seriam os parâmetros de alerta: perda abundante de sangue acompanhada de quaisquer outros sinais e sintomas de choque, incluindo taquicardia, hipotensão, hipoperfusão e alteração na consciência; tensão arterial diastólica superior a 90 mmHg e acompanhada por outro sinal ou sintoma de pré-eclâmpsia, ou se Ta diastólica for superior a 90 mmHg e não for reduzida abaixo de 90 mmHg no espaço de 4 horas; no caso da temperatura permanecer acima de 38 °C numa segunda avaliação ou se existirem outros sintomas observáveis e sinais mensuráveis de infeção; e se houver dispneia ou dor no peito (Demott et al., 2006).

Ao proceder à avaliação do processo de involução uterina teve-se em conta os seguintes aspetos: o tipo de parto, a paridade e a amamentação (Graça, 2010).

A involução uterina, é o processo fisiológico no qual há o retorno do útero ao estado não gravídico. Inicia-se de imediato, após a expulsão da placenta com a contração do músculo liso uterino. Assim, quando existe uma subinvolução/ incapacidade do útero para retornar ao seu estado não gravídico, pode dever-se a infeção, ou membranas retidas e, pelo risco que acarreta, a ocorrência deve ser comunicada ao médico de imediato (Graça, 2010; Lowdermilk e Perry, 2008).

Nas puérperas que amamentam, a involução uterina ocorre de forma mais rápida, pois o reflexo útero mamário leva a liberação de ocitocina, proporcionando sensação de cólicas, o que

favorece a involução do órgão (Pinelli e Abrão, 2009). As dores abdominais pós-parto, provocadas pelas contrações e relaxamento dos músculos uterinos, são um desconforto comumente relatado pelas puérperas internadas, principalmente as múltiparas. Assim, foi dismistificado este desconforto explicando que a sucção do recém-nascido na mama, faz responder o reflexo neuro endócrino libertando-se ocitocina, a hormona que faz contrair o útero. Este aumento do tônus uterino pode provocar desconforto e em alguns casos dor abdominal.

Para Mello e Neme (2005), os lóquios designam a expulsão vaginal durante o puerpério de sangue e tecido decidual necrótico, produto de descamação e sangue que advém da ferida placentária, do colo uterino e do canal vaginal. A vigilância dos lóquios foi realizada uma vez por turno e sempre que houve necessidade.

As características avaliadas foram o aspeto/cor, a quantidade e o cheiro. O cheiro normal é semelhante ao da menstruação e o cheiro fétido é sugestivo de infecção. Quando existe um processo infeccioso, há alteração de odor, aspecto e quantidade, tornando a secreção fétida e purulenta (Freitas, 2011; Lowdermilk e Perry, 2008; Graça, 2010; Pinelli e Abrão, 2009). A perda de lóquios é considerada normal, perdura aproximadamente até vinte e um dias após o parto, sendo que o volume total de lóquios situa-se entre 200 a 500 ml no período de quatro semanas podendo, em algumas mulheres protelar-se até às seis/oito semanas, após o parto. Sendo que esta perda é inferior num parto por cesariana (Pinelli e Abrão, 2009; Graça, 2010).

O ensino realizado às puéperas foi relativo às características dos lóquios. Assim sendo nos primeiros dias após o parto, os lóquios são hemáticos, sendo o resultado de eritrócitos, fragmentos de decídua e restos de tecido trofoblástico; a partir do terceiro/quarto dia eram sero hemáticos com coloração mais acastanhada/rosada, resultantes de sangue envelhecido, soro, leucócitos e restos tecidulares; após o 10.º dia apresentam uma coloração amarelada e aspeto mucóide, de consistência mais espessa, sendo o produto de eritrócitos, decídua, células epiteliais, muco, soro e bactérias, e tendo uma duração de aproximadamente 10 a 14 dias. A observação das características dos lóquios e da altura uterina são essenciais para avaliar o processo de involução uterina e fazer despiste de eventuais complicações (Freitas, 2011; OMS, 2013; Graça, 2010; Lowdermilk e Perry, 2008).

Foram realizados ainda ensinamentos sobre o risco de hemorragia, e sendo assim foram explicadas quais as características dos lóquios, como efetuar a palpação do fundo uterino, instruindo-as sobre como proceder à palpação do globo de segurança de Pinard e a forma de massajar o

mesmo. Quando estávamos perante um parto por cesariana, o penso da ferida cirúrgica era observado.

Num parto por via vaginal, o períneo era observado de modo a verificar se existiam sinais inflamatórios tais como: rubor, calor, edema e exsudado. A cicatrização da episiotomia ou laceração, no caso de estar presente, deve evoluir sem exsudato ou dor local, observando-se se há deiscência da sutura ou hematomas nas 48 horas após o parto (Santos e Caveião, 2014).

Foram vigiados os mamilos para verificar a sua proeminência ou inversão e a presença de colostro. (Lowdermilk e Perry, 2008). Foi ainda feito o ensino sobre expressão do colostro e aplicação do mesmo sobre o mamilo após cada mamada para prevenir lesões.

Até as utentes efetuarem o primeiro levante, assistiu-se no autocuidado relativamente ao uso do sanitário, devido à impossibilidade de irem à casa de banho ou autocuidarem-se de forma independente (Graça, 2010). Na sua maioria, as puérperas às quais foram prestados cuidados de higiene no leito tinham sido submetidas a partos por cesariana. Após o levante, todas eram acompanhadas até à casa de banho, no momento que tomavam o primeiro banho no chuveiro, para prevenir quedas resultantes de hipotensão ortostática.

Foi ainda explicada às puérperas a importância da primeira micção, explicando que o aumento da diurese pode impedir a contração uterina, abarcando um maior risco de hemorragia e de infeção urinária. É expectável que a puérpera urine nas seis horas seguintes ao parto (caso não esteja algaliada) e que a função vesical retorne às condições pré-gravídicas durante o primeiro mês. É comum assistir-se no puerpério imediato a retenção urinária com hiperdistensão vesical. A principal causa para a incapacidade em urinar espontaneamente é a lesão do nervo podendo no processo do parto, maioritariamente nos partos instrumentalizados (Lowdermilk e Perry, 2008; Cunningham et al, 2013).

Durante o acompanhamento de mulheres após parto vaginal, não houve nenhuma puérpera que referisse perdas urinárias involuntárias, no entanto sabe-se que existe risco para que tal aconteça. Nestes casos, o que deve ser aconselhado e ensinado é a realização de exercícios do assoalho pélvico (exercícios de Kegel). No caso das perdas serem abundantes pode haver a necessidade de referenciar para um especialista (Demott et al., 2006).

Tal como preconizam Graça (2010) e Demott et al.(2006), caso uma mulher não tivesse urinado espontaneamente nas seis horas subsequentes ao parto, foram tomadas medidas para promover a micção, como tal, incentivou-se a deambulação até à casa de banho, higienizar o períneo, aconselhar a colocação de calor húmido no períneo, colocar água a correr e no caso de

estas medidas não resultarem, foi ponderado a realização de uma algaliação intermitente. Por tudo isto, foi solicitado às puérpera que informassem quando tivessem a primeira micção, tendo atenção se apresentavam dor, ardor, ou sensação de esvaziamento incompleto da bexiga.

Assistiu-se no primeiro levante da puérpera, pelo risco de hipotensão, com o intuito de: promover a sua deambulação; prevenir a hipotensão ortostática; prevenir tromboflebites; e melhorar a circulação sanguínea. Num parto eutócico, independentemente do uso ou não de analgesia por via epidural, o levante ocorre após 4 horas. No entanto, a literatura recomenda que no parto eutócico (sem analgesia por via epidural) o primeiro levante seja efetuado após 4 horas e no caso de haver analgesia por via epidural, este deve ocorrer após 12 horas, permitindo a recuperação completa da sensibilidade dos membros inferiores, para que a deambulação seja iniciada em segurança (Lowdermilk e Perry, 2008; Graça, 2010; Cunningham et al.,2013).

Numa cesariana são respeitadas 12 horas para fazer o primeiro levante, suspendia-se a fluidoterapia, depois da analgesia ter perfundido e procedia-se à desalgaliação. Respeitados os períodos de tempo de acordo com o tipo de parto e assegurada a estabilidade hemodinâmica, através da avaliação dos sinais vitais (pressão arterial, frequência respiratória, respiração, temperatura e dor) e do estado geral da puérpera (coloração da pele e mucosas, avaliação da perda hemática vaginal) era iniciada a dieta e no caso de ser tolerada, a puérpera era incentivada a efetuar o primeiro levante após o parto.

A puérpera deve permanecer dois a três minutos em posição semi-deitada no leito para prevenção de hipotensão ortostática, passando para a posição de sentada na beira da cama até que se confirme ausência de tonturas, visão turva, suores frios e outros sintomas, antes de se levantar. Este processo era realizado sempre com a nossa observação e, se possível, em conjunto com um assistente operacional, pelo risco de queda. As queixas verbais da puérpera eram valorizadas, e tinha-se em atenção a quantidade de sangue perdida durante o parto (500ml no parto vaginal e 1000ml numa cesariana) e no pós-parto, pois a probabilidade de hipotensão ortostática é maior se a perda sanguínea também for abundante (Lowdermilk e Perry, 2008; Graça, 2010; Ricci,2008). A vigilância da recuperação pós-anestésica e do bloqueio motor também era efetuada.

A mobilização precoce, nas primeiras seis a oito horas após o parto deve ser promovida, uma vez que diminui a incidência de fenómenos tromboembólicos e melhora o trânsito intestinal (Graça, 2010; Cunningham, 2013). Houve situações em que a mulher submetida a cesariana não realizou o primeiro levante após as 8 horas, pelo que foi incentivada a realizar exercícios dos membros inferiores para a prevenção de tromboembolismo (Lowdermilk e Perry, 2008).

Vigiaram-se os sinais e sintomas de trombose venosa profunda e de tromboembolismo pulmonar que são: dor, vermelhidão ou edema; e dispneia ou dor torácica, respetivamente (NICE, 2014). Durante a realização deste estágio não foram registados casos de tromboembolismo.

As queixas algicas manifestadas pelas puérperas após um parto vaginal, estavam maioritariamente relacionadas com a ferida cirúrgica perineal/laceração perineal e presença de hemorróides. A nossa intervenção neste tipo de situações tinha como objetivo principal promover o alívio da sintomatologia, recorrendo assim à administração da analgesia prescrita, cumprindo um protocolo de administração de paracetamol e ibuprofeno no sentido de permitir a analgesia nas primeiras horas pós-parto, o que habitualmente é suficiente, conjugado com outras técnicas de conforto como aplicação de gelo durante as primeiras 24 horas para reduzir o edema e a dor. Aconselhou-se as puérperas a manter a ferida limpa e seca, informou-se sobre os cuidados perineais (duche diário e troca frequente dos pensos higiénicos), a limpeza no sentido ânteroposterior após urinar ou defecar, a mudança do penso no mesmo sentido e informou-se sobre a importância da lavagem das mãos antes e depois dos cuidados perineais. Foi também explicado à puérpera a forma mais confortável para se sentar, com os glúteos contraídos reduzindo assim a pressão no períneo e efetuar a aplicação tópica de pomada anti-hemorroidária (no caso de hemorroides), estudos comprovam que esta atuação é a mais indicada e habitualmente suficiente para promover alívio da dor e conforto (Lowdermilk e Perry, 2008; MacArthur, 2005).

Nos partos por cesariana, as queixas algicas eram agravadas pela flatulência, pelo que a nossa intervenção era também administrar medicação prescrita e incentivar a realização de exercícios passivos (OE, 2011; Lowdermilk e Perry, 2008; Demott et al, 2006). A analgesia no pós-parto, no caso de parto por cesariana, com uso de cateter epidural, possibilitava a administração de morfina nas primeiras 24 horas. O cateter epidural era retirado após a terceira toma de morfina (de acordo com protocolo). O prurido e a náusea eram critérios de vigilância por serem efeitos secundários comuns, aquando da administração de morfina (MacArthur, 2005). A retenção urinária como efeito secundário da toma de morfina também foi tido em conta.

O restabelecimento da eliminação intestinal, pode não ocorrer nos primeiros três dias pós-parto, pelo medo da puérpera em realizar esforços, pela eventual administração de medicação narcótica, pela diminuição da tonicidade dos músculos intestinais, jejum prolongado ou mesmo por desidratação. O padrão intestinal pode demorar dois a três dias a restabelecer (Graça, 2010). O restabelecimento da eliminação intestinal torna-se um parâmetro de vigilância importante

por traduzir que nenhuma estrutura visceral, mucosa/parede do esfíncter anal foi afetada durante o parto (Zugbaid, 2008). Ao longo do internamento, a puérpera era incentivada a caminhar, a ingerir líquidos e alimentos ricos em fibras. Caso nenhuma destas medidas surtisse efeito, por vezes havia a necessidade de administração de emolientes de fezes e realização os respetivos ensinamentos para a colocação dos mesmos, de forma a garantir que nenhuma puérpera tivesse alta clínica, sem antes o trânsito intestinal estar restabelecido.

No que se refere às principais alterações hormonais, de acordo com Branden (2000), no organismo da puérpera, inicialmente, as hormonas, progesterona, estrogénios, hormona lactogénica placentária e gonadotrofina coriônica humana-hCG, sofrem um decréscimo. Os estrogénios, cerca de duas semanas após o parto, em mulheres que não amamentam, começam a aumentar até à ovulação (poderá ocorrer aos 27 dias); a beta HCG desaparece de circulação até ao 14º dia; há reversão do estado diabetogénico induzido pela gravidez e uma diminuição dos níveis de glicemia após o parto (Santos e Caveião, 2014; Lowdermilk e Perry, 2008).

Nas mulheres que amamentam, a supressão da ovulação deve-se aos níveis elevados de prolactina. A mulher que estiver exclusivamente a amamentar, com intervalos regulares (três em três horas), incluindo durante a noite, tem uma proteção contraceptiva conferida pela lactação de cerca de 98% (Consenso sobre Contraceção, 2011).

Após o dequite, os níveis hormonais sofrem um decréscimo, há uma diminuição significativa dos níveis de estrogénios ao terceiro/quarto dia/ 48-72 horas após o parto que se associa na maioria das vezes a ingurgitamento mamário (descida de leite) e a uma diurese excessiva. Este mecanismo é levado a cabo pela adenohipófise, que produz a prolactina que é a hormona responsável pela lactação na puérpera (Órfão e Gouveia, 2009; Santos e Caveião, 2014; Lowdermilk e Perry, 2008).

Na continuidade dos cuidados à puérpera, não deve ser esquecido que em alguns casos é necessário a profilaxia com imunoglobulina Anti-D. Esta deve ser administrada até 72 horas após o parto. Está indicada em todas as mulheres RhD-negativas e com coombs indireto negativo. Após o parto, está indicada nas mulheres em que o recém-nascido é RhD-positivo e que se podem tornar sensibilizadas ao anti-D. Numa gravidez subsequente, caso estas mulheres não façam profilaxia com a imunoglobulina Anti-D, o RN pode desenvolver uma doença hemolítica, no caso deste ser Rh + (Demott et al., 2006; Montenegro et al., 2014).

Foram ainda prestados cuidados a puérperas no âmbito da saúde mental. Algumas mulheres demonstraram-se inseguras nos cuidados ao RN e com uma preocupação excessiva de proteção.

Winnicott, descreveu a “preocupação maternal primária” como um estado de sensibilidade particular da mãe, no qual havia uma focalização nas necessidades e vivências do recém-nascido. Por outro lado, Stern, denominou este processo de “constelação da maternidade” subdividindo-o em três aspetos: preocupação com a protecção do recém-nascido; inquietação e necessidade intensa de dar e receber afecto; e criação de uma ligação profunda com o recém-nascido (DGS, 2005).

Para estes autores esta manifestação de preocupação não implica necessariamente um estado patológico, mas sim um estado particular psíquico fisiológico, que para se desenvolver de forma saudável é indispensável criar ambiente protetor e de suporte efetivo.

Debruçando-nos ainda sobre a temática da promoção da saúde mental, o *blues* pós-parto é uma perturbação emocional que se manifesta nas quatro semanas seguintes ao parto e que afeta cerca de 40 a 60% das mulheres. Esta perturbação emocional pode durar alguns dias e consiste num estado de tristeza, disforia e choro frequente. Na maioria dos casos cessa espontaneamente (DGS, 2005). De qualquer forma, este diagnóstico não foi negligenciado, pois a integridade física e psicológica das mulheres deve sempre ser salvaguardada. E jamais se poderia colocar em causa a consistência e a constância dos cuidados parentais à criança. A interacção e vinculação segura da criança aos pais são factores cruciais para o seu desenvolvimento psíquico e social.

Para que os cuidados do fossem efetivos, procedeu-se à escuta ativa, foi demonstrada disponibilidade, esclarecidas as dúvidas e criada uma relação de confiança. Foi proporcionado tempo para a realização de cuidados ao RN com supervisão. Em alguns casos, houve necessidade de referenciação para o apoio social ou mesmo psicológico. No CHSJ existe a possibilidade das puérperas ainda no internamento serem avaliadas por uma assistente social e até ter colaboração da equipa de psicologia.

A temática da amamentação é sempre alvo de diversas dúvidas e inquietações por parte das puérperas, pelo que o EESMO deve ter conhecimentos consistentes de a modo a conseguir orientar, desproblematizar e desmistificar algumas crenças enraizadas. Segundo o Regulamento das Competências Específicas do EESMO é da sua competência conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno.

Outro ponto importante, que jamais deve ser descurado é o respeito pela decisão de não querer amamentar. Apesar dos benefícios da amamentação parecerem unânimes existem determinadas culturas que não adotam esta prática e também algumas mulheres que simplesmente tomam essa decisão. Não deve ser emitido qualquer julgamento, apenas devem

ser apresentados os benefícios e dificuldades para que as mulheres tomem uma decisão informada e responsável.

Uma mulher que deseje alimentar o seu filho com leite adaptado deve ser ensinada a preparar o leite, usando quantidades corretas e medidas de fórmula, de acordo com as instruções do fabricante. Deve ainda ser instruída de como higienizar os biberões e a forma de armazenar o leite artificial (Demott et al, 2006). Assistiu-se algumas vezes ao uso de leite de fórmula quando necessário, sendo que este era previamente prescrito e maioritariamente era realizado quando as mulheres não apresentavam colostro à expressão, tinham muita dor nos mamilos e solicitavam o leite e nos RN que faziam fototerapia.

Para Alves e Almeida (1992, p. 9): *“O acto do parto não torna o filho independente da mãe, pois a amamentação materna é o complemento lógico da gestação e do parto. Sendo que se observa em todas as espécies de mamíferos, excepto no Homem em que os costumes alteram as leis da natureza.”*

Contrariamente aos demais mamíferos, a amamentação na espécie humana não é um ato instintivo. As mães precisam de aprender a amamentar e os RN precisam de aprender a ser amamentados. Apesar da amamentação ser biologicamente determinada, ele é influenciada por fatores socio culturais (Chaves et al, 2007).

O aleitamento materno é uma relação evolutiva interdependente e recíproca entre mãe e filho e cujos reflexos naturais se vão aperfeiçoando. A nossa intervenção foi orientar sobre anatomia da mama relacionando esta com a fisiologia, de modo a consciencializar a puérpera sobre os fatores facilitadores e inibidores do aleitamento materno (Santos e Caveião, 2014).

A adaptação do RN à mama revelou-se como uma das dificuldades mais presentes nas puérperas, no momento de amamentar. Uma mulher deve ser assegurada de que o desconforto breve no início das mamadas nos primeiros dias não é incomum, mas isso não deve persistir (Demott et al., 2006).

Assim sendo, o ensino, o treino e a observação da técnica de amamentação foram fundamentais para o estabelecimento de uma mamada eficaz. Durante a observação da mamada, a puérpera foi assistida na realização da pega, foram ensinados sinais de boa pega (o RN deve ter a boca aberta, lábio inferior evertido, bochechas redondas, queixo junto à mama) e posicionamento correto de ambos (a mãe deve segurar o RN bem perto dela com a cabeça e o corpo voltados para a mama, o RN deve estar de frente para a mama, com o nariz de frente para o mamilo, deve haver suporte de todo o corpo do RN, no caso deste estar mais baixo que a mama da mãe

deve aconselhar-se uma almofada para maior relaxamento e conforto materno. Para iniciar a amamentação a mãe deve colocar o mamilo na boca do RN, para que este abra a boca (reflexo de procura), a qual deve abocanhar a maior parte possível da aréola, pois na pega correta da mama o mamilo constitui apenas 1/3 da zona de sucção. (Levy e Bertolo, 2012; Beck et al, 2004).

A amamentação deve ser um ato de carinho e de promoção da interação da díade mãe/RN, para isso o conforto dos dois deve estar assegurado.

O estado de alerta do RN é um fator influenciador do sucesso na amamentação, de forma a que esta fosse eficaz, foram ensinadas algumas estratégias promotoras da amamentação nomeadamente: despertar o RN antes e durante a mamada, mudar a fralda e se necessário despir a primeira camada de roupa, interagir com ele e massajar suavemente o torác ou a região dorsal. No caso do RN se mostrar agitado e choroso, antes de tentar colocá-lo na mama, deve ser consolado, caso contrário não conseguirá coordenar os reflexos de sucção e deglutição (Lowdermilk e Perry, 2008).

Nos casos em que as puérperas apresentavam mamilos invertidos, esse facto dificultava na execução da pega, por parte do RN, necessitando este de um maior esforço (por vezes infrutífero) para conseguir estimular/formar o mamilo e, conseqüentemente, realizar uma pega eficaz. Por vezes, foi necessária a utilização de um mamilo artificial para facilitar a pega e ser estabelecida uma mamada eficaz. Também foi disponibilizada informação acerca de dispositivos existentes que ajudam na formação dos mamilos (formadores de mamilos) explicou-se que poderiam ser usados 30 a 60 segundos antes de cada mamada.

De acordo com o horário livre, a alimentação a partir da mama/aleitamento materno exclusivo, (sem recorrer a suplementos) tem inúmeros benefícios para o RN, tais como: oferece todos os nutrientes que este precisa nos primeiros seis meses de vida; age como uma primeira imunização; melhora o sistema imunológico; favorece o desenvolvimento da criança; evita doenças intestinais; beneficia o desenvolvimento saudável da boca, dentes e mandíbula; diminui a incidência de obesidade, diabetes tipo II; diminui o risco de diarreia e pneumonia; é o alimento mais fácil de digerir; e está sempre à temperatura ideal (Beck et al.,2004; WHO, 2015).

As vantagens para a mãe são: facilita a involução uterina; fortalece o relacionamento entre a mãe e o RN; é benéfica monetariamente, porque a mãe não precisa de comprar outro leite para o recém-nascido; reduz a incidência de cancro do ovário, diabetes tipo II e depressão pós-parto (Beck et al.,2004; WHO, 2015).

Surgiram algumas questões acerca das características do leite materno e se o mesmo seria suficiente para alimentar o RN. Desta forma foi dada informação relevante baseada na evidência, nomeadamente: o leite materno é quase que totalmente composto de água (88%); antes da descida do leite, o colostro (o primeiro leite é amarelado e grosso) é suficiente para satisfazer o recém-nascido; um recém-nascido que se alimenta de leite materno em horário livre recebe toda a água que precisa; nas crianças em que haja suspeita de sede, expostas a climas muito quentes, a mãe deve amamentar em horário livre e beber mais líquidos para ajudar a produzir mais leite, o estômago do RN é pequeno, estudos demonstraram que aqueles que bebem água ou outros líquidos antes de completarem os seis meses de idade mamam menos leite materno, podendo originar má nutrição e têm maior risco de mortalidade (Beck et al.,2004).

Foram ainda enumerados alguns sinais e indicadores para avaliar uma ingestão nutricional suficiente para que as mães se sentissem mais confiantes: o RN urina pelo menos seis vezes em 24 horas, a mama está mais mole depois de uma mamada; a criança ganha peso com o tempo (depois da primeira semana, cerca de 18 a 30 gramas por dia) e parece satisfeita depois de mamar. Neste sentido foi também explicado que, quando um RN começa a mamar ao seio materno, o primeiro leite que obtém é mais rico em água e lactose; mas à medida que a mamada prossegue, o leite vai tendo cada vez mais gordura. Sendo assim o importante é que o RN esvazie uma mama em cada mamada; primeiro deve esvaziar a primeira mama e se depois disso continuar com fome é que lhe é oferecida a segunda mama. Esvaziar a mama promove uma maior produção de leite (Beck et al.,2004; Levy e Bertolo, 2012).

As complicações decorrentes da amamentação com as quais nos deparamos com maior frequência foram o ingurgitamento mamário e as fissuras/macerações do mamilo. O ingurgitamento mamário geralmente ocorre entre o terceiro e o quinto dia pós-parto. Como forma de prevenir o ingurgitamento mamário, a puerpera foi incentivada a iniciar a amamentação o mais cedo possível, amamentar em horário livre, com uma técnica correta e evitar o uso de suplementos.

Uma vez instalado o ingurgitamento mamário, foi recomendado: evitar o uso de suplementos; se a aréola estiver tensa realizar a expressão mamária manualmente ou recorrendo ao uso de bomba de extração e retirar um pouco de leite antes da mamada, para que ela fique mais mole e facilite a pega do RN; amamentar com frequência, em horário livre; fazer massagens delicadas, circulares nas mamas, importantes para fluidificar e para estimular o reflexo de ejeção do leite (pode ser realizada no duche com água morna); quando prescrito pelo médico pode usar-se

analgésicos sistêmicos/anti inflamatórios (ibuprofeno é considerado o mais efetivo, auxiliando também na redução da inflamação e do edema; paracetamol); usar suporte para as mamas interruptamente soutien com alças largas e firmes, para o alívio da dor e para a manutenção dos ductos em posição anatômica; usar calor húmido para ajudar a libertar o leite; e usar compressas frias após ou nos intervalos das mamadas para diminuir o edema, a vascularização e a dor (Lowdermilk e Perry, 2008; Giugliani, 2004).

Segundo Giugliani (2004), o esvaziamento da mama é essencial para garantir alívio à mãe, diminuir a pressão mecânica nos alvéolos, aliviar o obstáculo à drenagem da linfa e edema, diminuir o risco de comprometimento da produção do leite e, sobretudo, da ocorrência de mastite.

A dor associada ao amamentar é uma causa de desmame, por isso, sua prevenção é essencial, o que pode ser conseguido com as seguintes medidas: amamentar com técnica correta; manter os mamilos secos, se possível expor ao ar livre ou à luz solar e trocar com frequência os discos utilizados quando há extravazamento de leite, de modo a evitar o contacto com a humidade; não usar produtos que retiram a proteção natural do mamilo, como sabões, álcool ou qualquer produto secante; amamentar em horário livre; realizar expressão da mama manualmente antes da mamada se ela estiver ingurgitada, o que aumenta sua flexibilidade, permitindo uma pega adequada; e evitar o uso de protetores de mamilo (pelo risco de maceração do mamilo) (Giugliani, 2004; Lowdermilk e Perry, 2008).

Perante o diagnóstico de maceração ou mesmo fissura mamilar, as intervenções preconizadas tiveram como objetivo aliviar a dor e promover a cicatrização das lesões o mais rápido possível. Deste modo tornou-se fulcral: utilizar uma técnica adequada; iniciar a mamada pela mama menos afetada; realizar a expressão da mama com a finalidade de extrair um pouco de leite antes da mamada, o suficiente para desencadear o reflexo de ejeção de leite, evitando, dessa maneira, que a criança tenha que succionar com mais força no início da mamada para desencadear o reflexo; alternar diferentes posições de mamadas, reduzindo a pressão nos pontos dolorosos ou tecidos danificados; usar arejadores de mamilo; e administrar medicação analgésica prescrita se necessário (Giugliani, 2004). Para além das medidas acima mencionadas as puérperas eram incentivadas a extrair algumas gotas de leite (o leite materno contém propriedades anti-inflamatórias e anti-bacterianas como a lisozima), massajar suavemente a pele do mamilo e da aréola e deixar secar. Quando a pele estava particularmente seca ou danificada, incentivava-se a aplicação de um hidratante natural, à base de lanolina (substância que promove a cicatrização) nos mamilos e na aréola.

Segundo REGO (2008, p. 17): *“A amamentação não só é propiciada como também propiciadora de uma gama de interações facilitadoras de formação e consolidação do vínculo mãe-filho”*.

Os estudos referem que a ligação precoce mãe/RN vai influenciar o próprio desenvolvimento cerebral e contribuir para modular as emoções, o pensamento, a aprendizagem e o comportamento ao longo da vida. Permitem que a criança se desenvolva a nível cognitivo, emocional e relacional (DGS, 2005)

A amamentação adquire um papel fundamental como fonte de nutrição para a criança, por outro lado, nos aspectos psicológicos e emocionais do binómio mãe/filho também recebe ênfase especial, pois durante o aleitamento materno, existe uma cumplicidade e estabelece-se um vínculo afetivo entre ambos. Apesar de fisiologicamente a criança ter necessidade de ser alimentada, a sua necessidade emocional é igualmente forte, sendo o contacto com a mãe importante para transmitir tranquilidade, amor e segurança.

O RN é necessariamente alvo de cuidados no serviço de puerpério, pelo que a nossa intervenção assumiu particular importância na vigilância e na educação para a saúde, na demonstração e ensino prático dos cuidados ao RN e finalmente na deteção e na atuação no caso de situações adversas. No que diz respeito aos cuidados ao RN, numa primeira fase, assegurou-se os cuidados de modo a ensinar aos pais, numa segunda fase, foi dada a oportunidade aos pais de prestarem os cuidados aos seus RNs com supervisão, e no caso de não haver dúvidas, eles prestavam autonomamente os cuidados. No entanto, manteve-se sempre a monitorização e vigilância do RN, de forma a despistar possíveis alterações nestes dias de internamento.

É importante ressaltar que não se deve desconsiderar o conhecimento prévio destas mulheres e, sim, promover uma reflexão nestas, a fim de incentivar a busca de uma construção compartilhada de conhecimento e um maior envolvimento (Silva et al., 2012). Outro ponto importante está relacionado com as orientações sobre os cuidados ao RN, estas devem ser realizadas de acordo com as condições de vida da mãe, por isso é importante tentar perceber a realidade de cada família para que se possam realizar orientações coerentes e aplicáveis ao contexto familiar (Linhares et al., 2012).

Maioritariamente os ensinamentos realizados aos pais referentes às necessidades dos recém-nascidos são: prevenção da hipotermia; proteção contra infeções; higiene; necessidades nutricionais; e medidas de segurança.

A prevenção da hipotermia no RN é muito relevante, este precisa de estar aquecido especialmente nas primeiras semanas de vida. Este facto deve-se à incapacidade da sua

temperatura corporal não ter ainda a capacidade de se adaptar tal como acontece num adulto, sendo muito sensíveis ao frio ou ao calor excessivo. Para evitar situações de hipotermia foi explicado às puérperas que o local onde o RN estiver deverá ter uma temperatura amena, sem correntes de ar, e quanto ao vestuário foi referido que precisa de pelo menos uma a duas peças de roupa a mais que um adulto, podendo também usar um gorro (Beck et al, 2004).

Foram realizados ensinamentos sobre eliminação intestinal do RN, principalmente nas mulheres primíparas, estas ao visualizarem pela primeira vez as características das fezes do seu filho, ficavam um pouco apreensivas com a cor e a consistência. Foram explicadas quais as características esperadas de uma dejeção de um recém-nascido e informou-se que a primeira dejeção regra geral ocorre nas primeiras 24 a 48 horas. No que se refere às características, das primeiras fezes, denominadas de mecônio, são pastosas, de cor verde escuro. Estas fezes transacionais, ocorrem por volta do terceiro dia, após o início da amamentação, têm entre cor castanha-esverdeada a castanha-amarelada e são menos viscosas. As fezes do leite ocorrem geralmente por volta do quarto dia, nos RN alimentados exclusivamente com leite materno, estas apresentam uma cor amarelo dourado, são pastosas e com cheiro semelhante a leite azedo. Os recém-nascidos alimentados com leite adaptado têm as fezes de tom amarelo claro a acastanhado, com consistência mais firme e odor mais forte. O essencial é saber que o RN urina a cada quatro a seis horas ou com mais frequência, e deve defecar pelo menos uma vez em 24 a 48 horas (Hockenberry e Wilson, 2014).

Os cuidados de higiene do recém-nascido constituem uma excelente oportunidade para a interação pais/filho. A sua higiene é um cuidado indispensável na prevenção de infeções, na medida em que o sistema imunológico do RN não está totalmente desenvolvido quando nasce (Serviço de Ginecologia e Obstetrícia Hospital São João, 2013).

O Guia de Boas Práticas de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da OE (2010), refere que a higiene corporal contribui para o estado de saúde e promove uma sensação de conforto e bem estar. Segundo Brazelton, citado neste Guia de boas práticas “na água do banho também ficam grandes doses de carinho e afeto, sendo este um momento de promoção do desenvolvimento” (OE, 2010, p. 83). O banho não deve ser encarado como uma mera técnica, mas sim como um momento gratificante na relação entre o RN e os pais.

O Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital São João (2013), preconiza que devem ser prestados cuidados diários, sempre que se efetue a mudança da fralda. Nessa altura o RN deve ser lavado com água e sabão e bem seco no final, de seguida poderá ser colocado creme hidratante. No entanto, adverte que as pomadas protetoras para uso genital só deverão ser

aplicadas no caso da pele se apresentar vermelha e, mesmo nestes casos, deve ser aplicada uma camada fina, devendo conter preferencialmente zinco. Relativamente ao uso de toalhetes descartáveis, são muito práticas e úteis, no entanto apresentam um pH próximo de 6 e agentes tensioativos, pelo que o seu uso não deve ser excessivo, pelo risco de removerem a película lipídica da pele (Pinheiro e Pinheiro, 2007; Fernandes et al, 2011). Assim, deve-se utilizar sempre que possível água e sabão.

O banho mostrou-se muitas das vezes um procedimento que gerava alguma ansiedade e medo pela manipulação do RN. De forma a proporcionar a melhor experiência possível, aguardou-se pela presença do pai ou de outro convivente significativo sempre que a mãe assim o desejasse, para que sentisse mais apoio. Proporcionou-se espaço para fotografarem o recém-nascido, salvaguardando os profissionais envolvidos e outros utentes. Foram esclarecidas algumas dúvidas relativas à higienização do RN que serão descritas de seguida.

Quanto à frequência do banho, era explicado que dois a três banhos por semana são suficientes (Bowden et al, 2005), sendo que o banho diário não apresenta benefícios comprovados, pelo que a frequência do banho deverá ser de acordo com as necessidades individuais, com os valores e crenças da mãe e família (Lopes e Pedro, 2005; Olívia e Salgado, 2003). No que se refere à duração, o banho deve ser o mais breve possível, porque o RN perde calor ao estar despido e húmido, aumentando o risco de hipotermia.

Foi ainda esclarecido que o horário do banho depende da reação do RN ao mesmo, se após o banho ficar mais relaxado, deve optar-se por dar o banho ao final do dia ou início da noite, se por outro lado o banho for estimulante, deve ser de manhã ou início da tarde. O importante é conseguir adaptar as rotinas do RN à rotina dos pais (Serviço de Ginecologia e Obstetrícia Hospital São João, 2013).

A temperatura do meio ambiente no momento do banho, deverá ser cerca de 22º C, num espaço isento de correntes de ar (Olívia e Salgado, 2003). A temperatura da água do banho, deve ser de cerca de 37º, colocando-se primeiro a água fria e só depois a quente (pelo aquecimento da base da banheira), a verificação da temperatura da água era realizada com o auxílio do cotovelo e se possível com um termómetro (Serviço de Ginecologia e Obstetrícia Hospital São João, 2013). Foi ainda explicado e demonstrado que a água deverá ser bem misturada, para que não haja pontos de calor, proporcionando uniformidade na temperatura da mesma.

Foi também explicada a importância de reunir todo o material, preparou-se a roupa pela ordem que se iria vestir o RN, de forma a que este nunca ficasse sozinho no banho e também para evitar

a perda de calor (Serviço de Ginecologia e Obstetrícia Hospital São João, 2013). Foi clarificado que a roupa poderá ser colocada sobre uma fonte de calor, mas tendo sempre presente que no caso de ter fechos metálicos, a temperatura dos mesmos deverá ser verificada antes da roupa ser vestida, de modo a evitar queimaduras. Ainda sobre o vestuário do RN, foi icentivado o uso de roupas de fibras naturais e foram retiradas todas as etiquetas.

Relativamente aos produtos de higiene, elucidou-se que durante as primeiras semanas só deve ser usada água simples e tépida, sendo que a introdução de produtos só deverá ser feita idealmente a partir das duas/quatro semanas de vida, ou no caso dos RN prematuros a partir das seis/oito semanas de vida, dada a imaturidade cutânea (Trotter, 2004). A pele do RN é submetida a um progressivo processo de adaptação ao ambiente extrauterino. A sua pele é sensível, fina e frágil. A barreira epidérmica como resultado de imaturidade apresenta uma barreira muito ténue contra a proliferação microbiana, torna a pele mais susceptível ao trauma e à toxicidade por absorção percutânea de substâncias. Tendo conhecimento das características próprias da pele do recém-nascido, o uso dos produtos cosméticos destinados à sua higiene e proteção requer um cuidado especial (Fernandes, 2011).

No que se refere a higienização propriamente dita, antes do banho os olhos do RN eram higienizados com soro fisiológico e compressas esterilizadas, ainda com ele vestido. Nesta temática existe alguma controvérsia, alguns autores defendem sentidos contrários para efetuarem a higiene. Segundo Lowdermilk e Perry (2008) e Cardoso (2011), em primeiro lugar, num movimento descendente de forma a remover as secreções, e de seguida do canto interno para o canto externo para evitar a acumulação/obstrução de secreções no ducto nasolacrimal. A secagem deve ser efetuada da mesma forma. Por outro lado, Moreira (1998), defende que se deve lavar os olhos do canto externo para o interno, pois se os olhos forem limpos na direção oposta, a pálpebra pode desprender-se ligeiramente do globo ocular e permitir às impurezas aderentes aos bordos das pálpebras penetrarem no olho podendo resultar em dano da córnea.

No CHSJ, esta controvérsia também é debatida por alguns profissionais, mas na sua maioria, a higienização é realizada do canto interno para o externo, sendo que alguns defendem que deveria ser respeitado o princípio do mais limpo para o mais sujo. De forma a não confundir as mães, optou-se por fazer o ensino sempre do canto interno para o externo, na medida em que era a forma privilegiada pelos profissionais do serviço e também porque na maioria dos estudos é a que acarreta menor risco.

Após despir o RN, foi fundamental higienizar os seus genitais antes da sua colocação na banheira; a limpeza do seu corpo era feita de cima para baixo (da cabeça para os pés); o RN deve

ser bem seco tendo especial atenção às pregas (atrás das orelhas, debaixo do pescoço, axilas, região poplíteia e inguinal); era avaliada a integridade da sua pele; e poderia ser aplicada uma pequena quantidade de creme hidratante (exceto se estiver a realizar fototerapia, pelo risco de queimadura), sendo que por vezes as mães eram icentivadas a efetuarem uma leve massagem na colocação do creme.

Os cuidados a ter com a fralda, foram essencialmente colocá-la abaixo do local de inserção do coto umbilical e higienizar o períneo, no sentido descendente, ou seja do mais limpo para o mais sujo, para evitar a contaminação cruzada (Serviço de de Ginecologia e Obstetrícia CHSJ, 2013; Cardoso, 2011).

Explicou-se que as unhas do recém-nascido devem manter-se curtas e limpas, usando para o efeito uma tesoura curva, podendo limá-las no final. Era explicado que as unhas dos pés não devem ser cortadas para prevenir o seu encravamento (Serviço de de Ginécologia e Obstétrica Hospital CHSJ, 2013).

Depois do banho, sempre que necessário era efetuada a higiene dos ouvidos/pavilhão auricular, com recurso a uma compressa humedecida, utilizando um cotonete apenas para o pavilhão auricular e nunca para o canal auditivo, pelo risco de posteriores problemas auditivos. A higiene nasal também não era esquecida, tendo sido realizada sempre que necessário com recurso a soro fisiológico e uma compressa, utilizando para o efeito movimentos rotativos suaves (Cardoso, 2011).

O coto umbilical é composto por tecido necrótico exposto que é alvo de colonização e infeção por bactérias patogénicas, sendo portanto uma via de acesso das bactérias para a circulação sistémica que coloca o RN em risco de infeção (McConnell et al, 2004), pelo que o cuidado do coto umbilical revela-se assim de extrema importância. Este é um cuidado que muito dos pais manifestam algum desconforto, uns por medo que seja doloroso para o RN, outros por terem alguma aversão à sua consistência e ao seu aspeto e por último por terem medo de não o fazerem devidamente e não saberem identificar possíveis sinais de infeção .

Era explicado que o período para a queda do coto umbilical é variável em cada RN. O processo de mumificação do coto dá-se cerca do terceiro ou quarto dia e o desprendimento da parede abdominal ocorre do quarto ao oitavo dia de vida, podendo estender-se até 14 ou 15 dias. Durante esse processo, é importante vigiar a presença de secreções na base do coto umbilical ou de eritema da pele ao redor da implantação do umbigo (Miranda et al.,2016).

É normal ganhar alguma serosidade (líquido pastoso) amarelada à volta do coto umbilical, pelo que a higiene diária com água e sabão neutro é suficiente para o manter limpo. O mais importante é mantê-lo o mais seco e arejado possível, pelo que deve ficar sempre fora da fralda. Para que este ensino fosse efetivo treinou-se com os pais a avaliação e a limpeza ao coto umbilical. A observação cuidadosa é fulcral e feita com o intuito de pesquisar sinais inflamatórios, tais como: rubor e/ou cheiro fétido. Caso surjam alguns destes sinais, foi explicado que deveria contactar o médico. Após a sua queda, a cicatriz umbilical pode manter alguma serosidade ou mesmo sangrar, o que é normal, basta apenas proceder à limpeza normal e a uma boa secagem (Serviço de Ginecologia e Obstetrícia Hospital CHSJ, 2013). Apesar de existir alguma controvérsia quanto aos produtos de higiene a utilizar para a limpeza do coto umbilical, o CHSJ tem protocolado que água e sabão e manter o coto umbilical sempre bem seco são as medidas mais adequadas para prevenir infeção e favorecer a cicatrização.

Outra das intervenções autónomas que se revelou importante foi a diferenciação dos significados do choro. Foi explicado que este é um sinal de comunicação entre o RN e o ambiente, denotando necessidades emocionais e fisiológicas (Seabra, 2009). Continua ainda muito enraizado que na maioria das vezes o choro do RN é maioritariamente por fome. Assim sendo, as puérperas foram devidamente esclarecidas que o choro pode ter diversos significados, dando indicação de fome, fralda suja, necessidade de eructar, sensação de calor ou de frio, cólica ou cansaço.

Foram assim ensinadas algumas estratégias de forma a solucionar este problema e reconfortar as puérperas e os recém-nascidos. Dentro destas intervenções, as puérperas foram ensinadas sobre: a forma de colocar o RN a eructar; foram incentivadas a observar a fralda sempre que o RN era alimentado (ou sempre que necessário) e a respeitar a hora das mamadas; ensinou-se como realizar uma massagem ao recém-nascido visto que o toque é um dos sentidos a ser desenvolvido por ele e é uma forma de comunicação que muito aprecia, favorece o relaxamento, o bom funcionamento do organismo e aprofunda o vínculo pais/RN, e também foi ensinada a massagem para alívio das cólicas.

Estas intervenções revelaram-se essenciais na aquisição de autoconfiança no desenvolvimento de competências relacionadas com o cuidado do RN. Os pais mostraram maior segurança e tornaram-se menos apelativos durante o internamento.

Quanto à prevenção de síndrome de morte súbita, os pais foram informados que devem optar pela colocação do RN no leito em decúbito dorsal, com a cabeça descoberta; o recém-nascido não deve dormir na cama dos pais, nem estes devem adormecer com o recém-nascido no sofá

(também pelo risco de asfixia e queda); a temperatura ideal do quarto deve estar entre 18 a 21°C, a chupeta parece ter um efeito protetor; devem evitar superfícies moles ou almofadas; e o recém-nascido deve dormir com os pés encostados ao fundo da cama (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2004; Olivia e Salgado, 2003).

A icterícia é uma ocorrência muito comum no internamento de obstetrícia, no segundo e terceiro dias de vida. Segundo Beck et al.(2004), a icterícia é a cor amarelada da pele e/ou dos olhos. Pode ser icterícia fisiológica (normal) ou icterícia patológica. Em RN normais, a icterícia geralmente começa depois do segundo dia, após o parto, e desaparece em duas semanas (icterícia fisiológica). A icterícia é o resultado do corpo do RN destruir os glóbulos vermelhos excedentes depois do nascimento. Quando os glóbulos vermelhos são destruídos, libertam uma substância chamada bilirrubina, a qual é responsável por conferir a cor amarelada. O fígado do RN degrada a bilirrubina que posteriormente é eliminada pelas fezes. A cor amarelada começa primeiro na cabeça e evolui no sentido descendente, conforme o nível de bilirrubina aumenta.

Para determinar os valores da icterícia, era usualmente realizada colheita de sangue de um pé do RN para avaliar os valores de bilirrubina e de volume globular. Observou-se muitas das vezes a necessidade de se fazer fototerapia em Billibed junto da mãe. Os ensinamentos efetuados aos pais passavam por explicar em que consistia o tratamento; que a hidratação deveria ser reforçada (espaçar menos as mamadas); qual a correta colocação do RN em segurança, despido, ou seja, só com a fralda colocada de forma a proteger as gónadas e proteger de urina e fezes, envolto num fato próprio para o efeito, em decúbito ventral (sob vigilância) e dorsal alternadamente (Ricci, 2008). Em nenhum dos casos houve necessidade de transferência do recém-nascido para a unidade de neonatologia por critérios de gravidade.

Relativamente ao Teste do Pézinho, também designado por Diagnóstico Precoce, era explicado que se tratava de um teste realizado com o intuito de diagnosticar precocemente doenças metabólicas (manifestadas com a alimentação), realizado entre o 3º e o 6º dia de vida do RN. No caso de ter alta antes de completar 72 horas, o RN deverá fazer o teste com a sua enfermeira do Centro de Saúde, mas no caso de permanência no serviço até essa data, o mesmo era efetuado no serviço de internamento.

O plano nacional de vacinação é também iniciado ainda no internamento, com a administração da 1ª dose da HBV (vacina contra a hepatite), na coxa direita do RN sendo dadas as informações aos pais relativas à vacina nomeadamente sobre reações ligeiras no local da administração e à continuidade do plano de vacinação nos cuidados de saúde primários. A vacinação à nascença contra a BCG (tuberculose) deixou de ser recomendada de forma universal desde junho de 2016,

passando para uma estratégia de vacinação de grupos de risco, sendo administrada só em alguns centros de saúde (DGS, 2017).

Existem para além das necessidades físicas inerentes ao cuidado de um RN, necessidades emocionais e relacionais. O RN humano nasce frágil e totalmente dependente de cuidados. Este requer envolvimento relacional afectuoso, empático, estimulante, estável e adequado às suas necessidades. A sua visível fragilidade exerce sobre todos, em particular sobre os pais, um fascínio/ atração que comove e inevitavelmente mobiliza para a sua proteção. A formação do vínculo afetivo entre o RN/pais constitui para o RN a base do desenvolvimento psíquico futuro, o contacto precoce deste com os pais, desde as primeiras horas de vida, durante o internamento (rooming in), e o estabelecimento de um ambiente calmo, íntimo e protector são propícios ao desenvolvimento de uma relação saudável (DGS, 2005).

No momento da alta foram dadas informações sobre a atividade física e a gestão de atividades com o RN. As puérperas foram icentivadas a gerir o seu tempo de forma a poderem descansar, foi avaliado o suporte nos cuidados no domicílio e em alguns casos como ter acesso às redes de apoio social (Demott et al., 2006).

Os ensinamentos sobre os cuidados ao períneo/ferida perineal foram reforçados, no que se refere à importância dos cuidados de higiene, sinais e sintomas de infeção. As puérperas foram ainda alertadas que caso sentissem dor abdominal forte, perda sanguínea aumentada ou com cheiro fétido e aumento da temperatura acima de 38°C deveriam recorrer à urgência para serem reavaliadas.

Foi também realizado o ensino referente ao uso de contraceptivos e sobre o retorno à atividade sexual, explicou-se que a retoma das relações sexuais no pós-parto não possui nenhum critério rigoroso, e que após duas ou três semanas as relações sexuais podem ser reiniciadas, desde que o casal esteja preparado e não cause desconforto ou dor (Graça, 2010). Apesar destes esclarecimentos a puérpera era icentivada a realizar uma consulta de revisão puerperal após 4 semanas no seu médico de família ou obstetra, para ser realizado um exame físico mais minucioso e escolhido o método contraceptivo mais adequado em concordância com a preferência do casal.

Era também reforçado que no caso de surgir alguma dificuldade na amamentação, o centro de saúde disponibiliza ajuda e que o hospital também possui uma linha de apoio à amamentação disponível para esclarecimento de dúvidas 24h/dia

Informou-se que o RN pode ser acompanhado no centro de saúde de referência ou no pediatra se os pais acharem mais conveniente. Foi reforçado o ensino sobre o cumprimento do plano Nacional de Vacinação e sobre o teste de diagnóstico precoce. Quando este não era realizado no hospital, esclarecia-se que deveriam agendar com o enfermeiro de família a sua realização.

O RN no dia da alta era pesado, e era clarificado que quase a totalidade dos recém-nascidos apresenta perda ponderal, nos primeiros dias de vida. A maioria dos estudos refere, que essa perda se deve fundamentalmente à redução de fluídos e ao uso de tecido adiposo como fonte de energia pelo RN. Nos primeiros dois a três dias de vida, os RN amamentados exclusivamente perdem, em média, entre cinco a sete por cento do peso do nascimento, sendo considerado normal ou aceitável a perda ponderal até 10%. Por tudo isto, foi dito aos pais que o RN deve ser pesado aos 15 dias de vida e deve ter recuperado pelo menos o peso que tinha ao nascimento (Mezzacappa e Ferreira, 2016).

Outro assunto de extrema pertinência que foi abordado no dia da alta hospitalar, é a vigilância e o reconhecimento dos sinais de alarme e quais as medidas no caso de ocorrência. Como tal, explicou-se que se, os pais estiverem perante um recém-nascido que apresente febre acompanhada de letargia e irritabilidade, vômitos, diarreia, a diminuição ou mesmo ausência de eliminação intestinal e do débito urinário, a coloração amarelada da pele e escleróticas(icterícia), problemas na amamentação, sinais de dificuldade respiratória, gemido, choro anormal ou persistente, a sucção débil, presença de secreções oculares e sinais de infeção do coto umbilical (calor, rubor e exsudado purulento com cheiro fétido), ou fontanela abaulada, estes são sinais que não devem ser ignorados e como tal devem optar por recorrer aos serviços médicos (Lowdermilk e Perry, 2008; Hockenberry e Wilson, 2011; David et al,2011).

As questões relacionadas com a segurança do RN abarcam todos os cuidados a ter na prevenção de acidentes, tais como quedas, queimaduras e asfixia. Estes ensinamentos foram previamente ensinados durante o internamento, pelo que as puéperas são apenas questionadas se existe alguma dúvida que queiram esclarecer. No final da realização de todos os ensinamentos que eram considerados relevantes e proporcionado oportunidade para questionar sobre dúvidas era pedido aos pais que colocassem o RN na cadeira de transporte.

Nesse momento foi explicado que o recém-nascido deve ser transportado com a cadeirinha voltada para trás, de costas para o sentido do trânsito, preferencialmente no banco de trás do automóvel. Se tiver de ser transportado no banco da frente o airbag tem de estar obrigatoriamente desativado. Foi verificado se a cabeça, o pescoço e as costas estavam apoiados

uniformemente, para que em caso de acidente, estejam protegidos. É feita a verificação do ajuste do arnês, para que fique apenas 1 dedo de folga entre este e o ombro do RN (APSI, 2011).

O nascimento de um filho é um acontecimento marcante em qualquer família. A chegada do novo membro acarreta inevitavelmente mudanças. Estas transformações podem causar estados de desequilíbrio, fadiga, desconforto, medo pela inexperiência de cuidar do seu filho, alterações da rotina do dia a dia, reestruturação das dinâmicas familiares e muitas dúvidas.

Foi fundamental as nossas intervenções e ensinamentos para descortinar esses medos, angústias e também preparar as famílias para a vivência de uma parentalidade saudável. Durante este percurso, houve a oportunidade de assistir puérperas e o RN em diversas valências, atuando de forma holística, utilizando como instrumento de cuidados o método científico.

4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS AO LONGO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

O percurso concretizado permitiu alargar horizontes face à complexidade de uma prática baseada na evidência e na investigação em enfermagem, nascendo assim um desafio de descoberta e conquista. O Cuidar em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica exige dos profissionais inúmeros conhecimentos e competências de forma a acompanhar os casais numa das mais importantes transições do seu ciclo vital.

Todas as experiências e intervenções colocadas em prática tiveram como finalidade o desenvolvimento de competências no domínio dos cuidados de enfermagem especializados à mulher e família em situação de gravidez com complicações, trabalho de parto, parto e puerpério, bem como, uma prática baseada em evidências científicas e voltada para a promoção da saúde da mulher, família e criança.

O trabalho desenvolvido na prática clínica no âmbito de investigação permitiu o desenvolvimento de uma aprendizagem dinâmica, proativa, autónoma e responsável, possibilitando um maior desenvolvimento pessoal e profissional futuro.

A elaboração deste relatório com base nas experiências vivenciadas, no âmbito do contexto clínico, foi também um instrumento de reflexão, problematização e sistematização de conhecimentos nos contextos de atuação do EESMO.

Durante a prática clínica foi tida em conta a proposta de Diretiva do Parlamento Europeu e do Conselho relativa ao Reconhecimento das Qualificações Profissionais (2002, p. 95). As exigências na formação do EESMO, no que toca às experiências na sala de partos/nascimentos, são as seguintes: realização pelo aluno de, pelo menos, quarenta partos, quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, poderá ser reduzido, no mínimo, a trinta, na condição de o aluno participar, para além daqueles, em vinte partos; e participação ativa em partos de apresentação pélvica. Em caso de impossibilidade devido a um número insuficiente desses partos, deverá ser realizada uma formação por simulação; prática de episiotomia e iniciação à sutura. Esta incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos. A prática da sutura inclui a sutura de episiotomias e lacerações simples do períneo, que pode ser realizada de forma simulada se for absolutamente indispensável; a vigilância e cuidados prestados a quarenta

grávidas de risco, durante e depois do parto; a vigilância e cuidados, incluindo exames, de pelo menos cem parturientes e recém-nascidos normais; observações e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais, incluindo crianças nascidas antes do tempo e depois do tempo, bem como recém-nascidos de peso inferior ao normal e recém-nascidos com patologia.

Tendo por base a normativa supracitada as seguintes figuras 2,3, 4 e 5 ilustram os dados referentes às utentes cuidados, ao longo do estágio realizado.

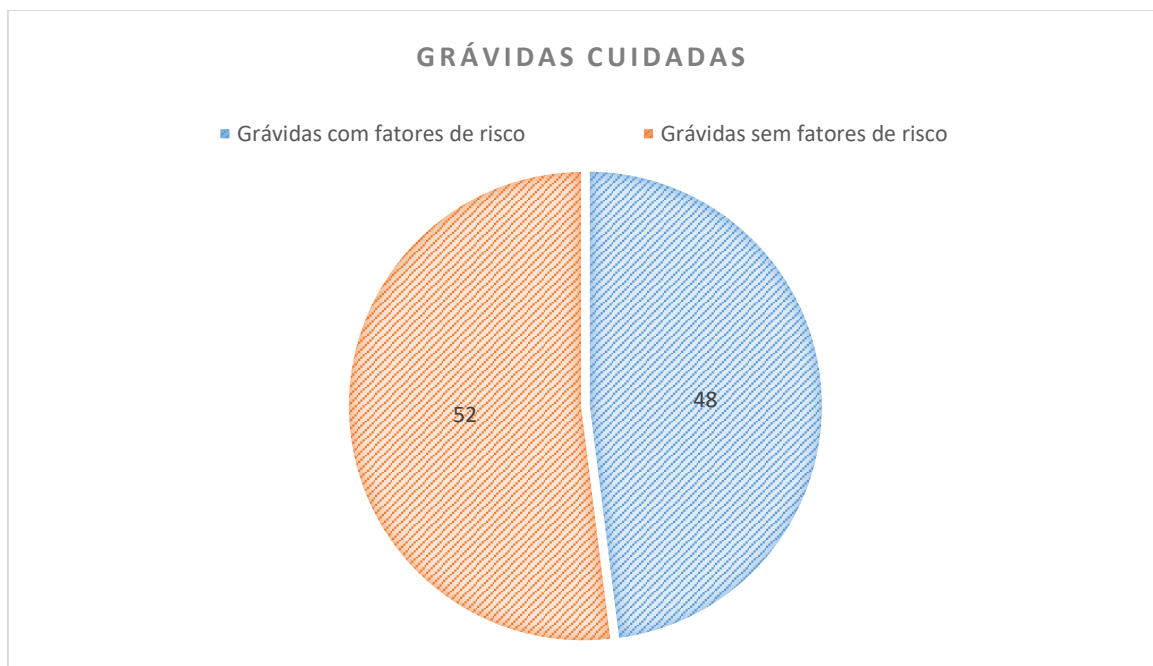


FIGURA 2: Grávidas cuidadas

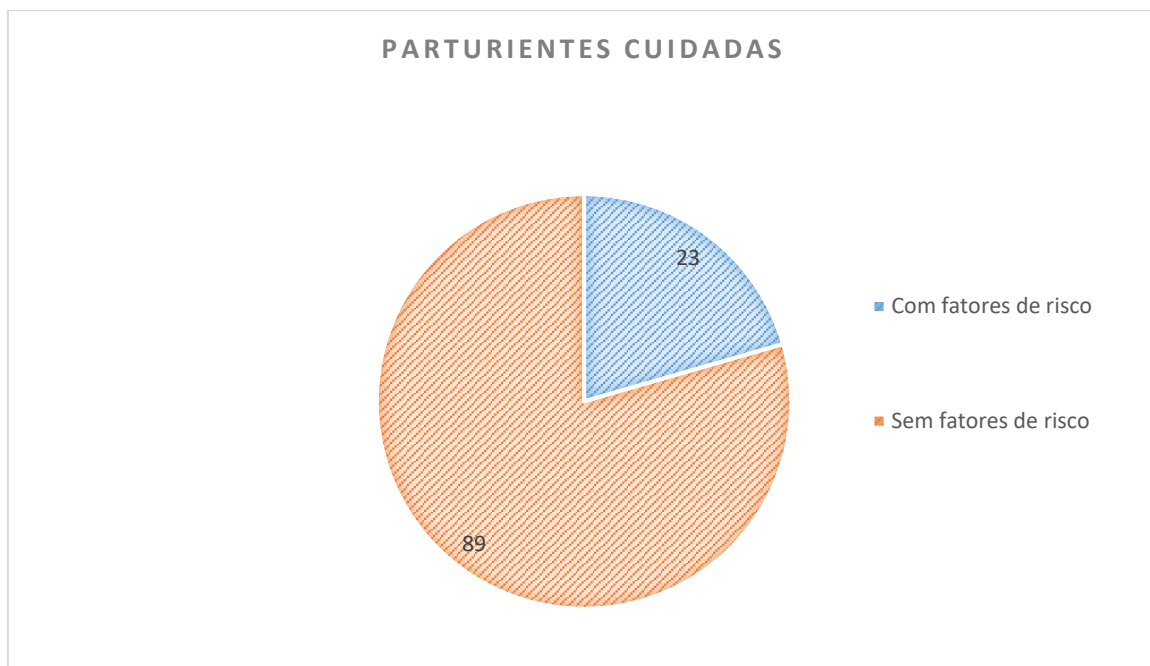


FIGURA 3: Parturientes cuidadas

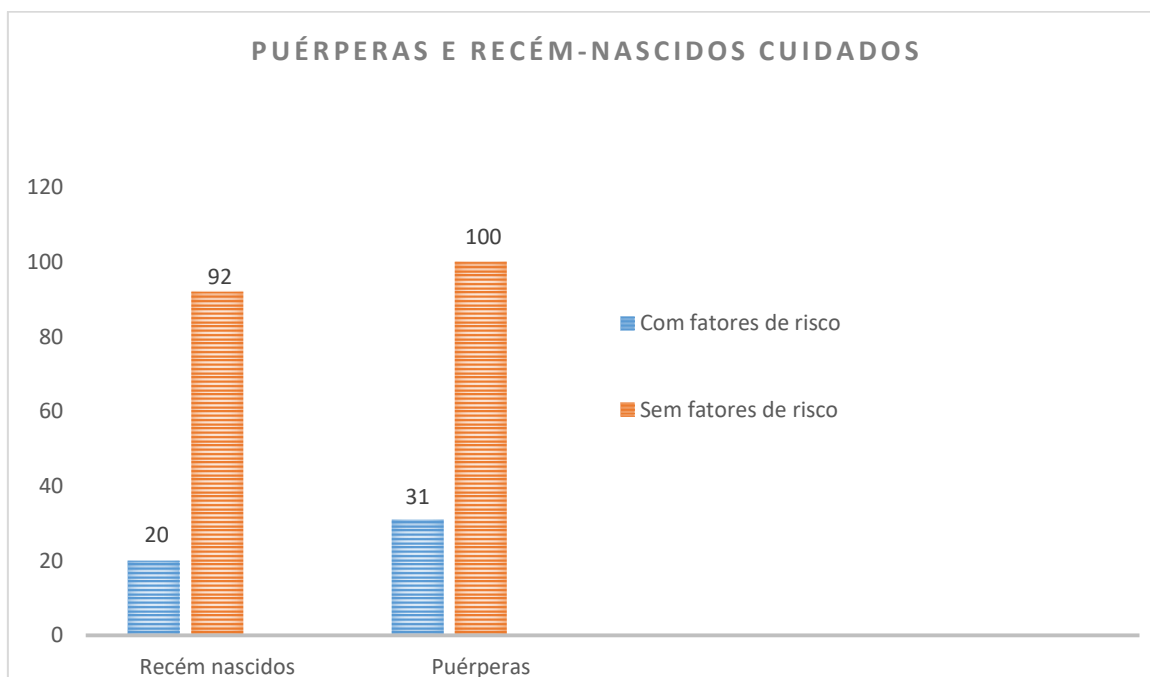


FIGURA 4: Puérperas e RN cuidados

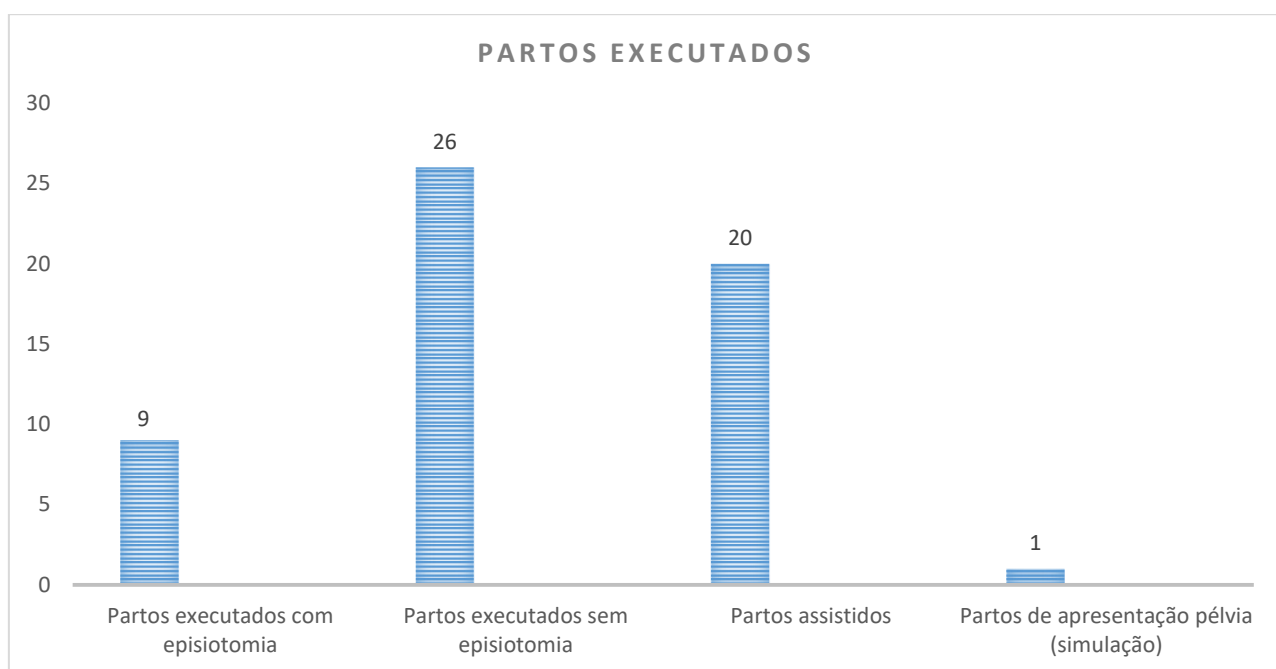


FIGURA 5: Partos executados

CONCLUSÃO

O relatório final foi desenvolvido com base nas experiências vivenciadas através da integração com a equipa do CHSJ, assentando numa base sólida de aprendizagem de todos os processos inerentes às práticas do EESMO. O processo de aprendizagem foi contínuo e permitiu contextualizar, em situações reais, os fundamentos teóricos obtidos ao longo de todo o percurso académico do EESMO. As competências apreendidas ao longo de todo o percurso sedimentaram conhecimentos numa ótica profissional, e também, incrementaram o desenvolvimento do ponto de vista pessoal, pela partilha de experiências interpessoais e criação de dinâmicas de grupo.

O relatório foi estruturado em três módulos, definidos de acordo com os objetivos fundamentais preconizados para atingir as competências relativas ao EESMO. Integraram assim, três unidades curriculares correspondentes ao ensino clínico, entre as quais, gravidez com complicações, trabalho de parto, parto, autocuidado pós-parto e parentalidade. As experiências mais marcantes e com maior relevo foram documentadas, surgindo uma temática merecedora de especial atenção, do âmbito do trabalho de parto e parto, isto é, a deambulação na primeira fase do trabalho de parto. A problemática em questão surgiu através de uma necessidade reconhecida nas utentes, desplotando assim uma investigação mais pormenorizada com o intuito de oferecer uma resposta a esta necessidade e aprofundar o conhecimento científico sobre a temática. Com a realização desta revisão integrativa concluiu-se que a deambulação é uma prática bem aceite pelas utentes, favorecendo a diminuição da primeira fase do trabalho de parto, particularmente na promoção do conforto e na satisfação das utentes.

As crescentes exigências nos cuidados especializados de enfermagem por parte das utentes/família foram fundamentais para a consolidação de conhecimentos na gravidez, trabalho de parto e pós-parto, de modo a que seja possível uma criação de valor individual para cada utente, suprimindo assim as suas necessidades e expetativas. A investigação contínua revelou-se fundamental para a atualização de competências das práticas e, possuir uma boa capacidade de resiliência foi preponderante para responder com rapidez, destreza e determinação aos desafios mais complexos. A prática de enfermagem, assentou numa base progressiva de investigação de modo a melhorar continuamente a performance e os cuidados às utentes/família. O RN e a mulher enquanto grávida, parturiente e puérpera, pela sua especificidade condicionam em parte a atuação dos profissionais de saúde, tornando ainda mais

exigente o conhecimento aprofundado, de modo a evitar qualquer tipo de falha na prestação dos cuidados.

Desta investigação pretendeu-se, em primeiro lugar, dar uma resposta abrangente, conclusiva e científica de forma a esclarecer as dúvidas mais relevantes, desmitificando os medos inerentes à prática da deambulação, ao invés de permanecer imóvel no leito. Em segundo lugar, pretendeu-se conseguir justificar à equipa multidisciplinar a promoção desta prática, não só como uma prática baseada em conhecimentos empíricos, mas também como prática baseada em evidências científicas. Por último, fomentar a confiança do enfermeiro na comunicação com as utentes e promover também a sua autoconfiança na prática pelo conhecimento dos riscos e benefícios.

Em suma, podemos considerar que os objetivos iniciais foram cumpridos, apesar das adversidades que surgiram durante todo o percurso, nomeadamente, diferentes patologias, barreiras linguísticas e culturais, e carências sociais. Estas adversidades promoveram o enriquecimento pessoal e profissional, permitindo uma série de experiências que serviram como catalisador motivacional.

O facto da prestação dos cuidados de saúde estar diretamente ligada à vida humana representa uma maior responsabilidade ética, social e profissional, obrigando ao cuidado holístico de cada utente, sem descurar as suas vivências, os seus familiares e todos os seus antecedentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AERDE, J. ET AL. *Guidelines for Health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss* [Em linha]. *Pediatric Child Health*: 2001 Sep; 6 (7): 469–477 [Consultado em 4 Novembro 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2807762/>
- ALVES, N. e Almeida, V. (1992). *Aleitamento Materno: Breve Perspectiva Histórica*. *Revista Portuguesa de Nutrição*, 4, (2), p. 8-33.
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA SEGURANÇA INFANTIL (APSI). *Transporte no Automóvel Grávida e Recém-nascido*, 2011.
- BENDIX, J. ET AL. *Recommendations of activity restriction in high-risk pregnancy scenarios: a Danish national survey* [Em linha]. *J. Perinat. Med*, 2015 vol. 43, nº 4, p. 429–438. [Consult. 2015-10-16]. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=fb36689f-68a3-40be-9de1-8bb14eab2df4%40sessionmgr101&vid=17&hid=129>
- BIGELOW, C., STONE, J. Bed rest in pregnancy [Em linha]. *Mt Sinai J Med*. Vol. 78. nº 2 (2011). p. 291-302. [Consultado a 12 Fevereiro 2017]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21425272>>.
- BLOOM, S. ET AL. *Lack of effect of walking on labor and delivery*. *N Engl J Med*, 1998, 339 (2), 76-9.
- BOTELHO, L, CUNHA, C., MACEDO, M. *O Método da Revisão Integrativa Nos Estudos Organizacionais. Gestão e Sociedade*. Belo Horizonte, 2011, volume 5 , número 11, P. 121-136.
- BOWDEN, V., ET AL. *Procedimentos de enfermagem pediátrica*. Rio de Janeiro(RJ): Guanabara Koogan, 2005.
- BRANDEN, P. *Enfermagem Materno Infantil*. 2ª edição. Rio de Janeiro : Reichman & afonso, 2000.
- BRAZÃO, R. *Analgesia e anestesia no parto*. In L.M. Graça, *Medicina materno-fetal*. Lisboa: Lidel, 2010, 4ª edição.
- BRÜGGEMANN ET AL. *Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura* [Em linha]. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro: 21 (5):1316-1327, set-out, 2005. [Consultado a 10 Abril 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500003
- CHAVES, R., ET AL. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *J Pediatr*, 2007, 83(3): 241-6.
- CALAIS-GERMAIN, B. e VIVES, N. *Parir en movimento*. Barcelona: La Liebre de Marzo, 2009.
- CANAVARRO, M. *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra : Quarteto, 2001.
- CANAVARRO, M. e PEDROSA, A. *Transição para a parentalidade: compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas*. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (p. 225-255). Lisboa: Fim de Século, 2005.

CARDOSO, A. *Tornar-se mãe, tornar-se pai – Estudo sobre a avaliação das competências parentais*. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2011. Tese de Doutoramento.

CHAPMAN, V. e CHARLES, C. *The midwife s labour and birth handbook*. Oxford Wiley-Blackwell, 2ª edição, 2010.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM: CIPE versão 2.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS – *Proposta de Directiva do Parlamento Europeu e do Conselho Relativa ao Reconhecimento das Qualificações Profissionais* [Em linha]. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias, 2002. [Consult. 20 Março 2017]. Disponível em: <http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2002/PT/1-2002-119-PT-F1-1.Pdf>

CRAIG J. e SMYTH, R. *Prática baseada na evidência: manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência, 2004.

CROSSETTI, M. *Revisão Integrativa de Pesquisa na Enfermagem o Rigor Científico que lhe é Exigido*. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2012 jun; 33 (2): 8-9.

CUNHA, A. *Analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto* [Em linha]. *Femina*, vol.38, n.1, 2010, p. 599-606 [Consultado a 17 Fevereiro 2017]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n11/a599-606.pdf>

BOBAK, I. ET AL. *Enfermagem na Maternidade*. 4ª Ed. Loures: Lusociência, 1999.

CRUZ, O. *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto, 2005.

CULLUM, N. ET AL. *Enfermagem baseada em evidências: uma introdução*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUNNINGHAM, G. ET AL. *Obstetrícia de Williams*. 23ª Ed. McGraw Hill: Brasil, 2013.

DARÓS, D., ET AL. *Socialização de conhecimentos e experiências sobre o processo de nascimento e tecnologias do cuidado* [Em linha]. Revista Electrónica de Enfermagem. Vol. 12, nº 2, 2010 [Consultado a 10 Janeiro 2017]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a12.htm>

DAVID, E. ET AL. *Manual Técnico sobre Assistência ao Parto, ao Recém-nascido e às principais Complicações Obstétricas e Neonatais* [Em linha]. Normas Nacionais de Assistência ao Parto, ao Recém-nascido e às Complicações Obstétricas e Neonatais. Maputo, 2011 [Consultado a 10 Janeiro 2017]. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21003pt/s21003pt.pdf>

DAVIDSON, M, ET AL. *Contemporary Maternal-Newborn Nursing Care- 7th Edition*. Pearson, New York. 2009.

DEMOTT, K. ET AL. *Clinical Guidelines And Evidence Review For Post Natal Care: Routine Post Natal Care of Recently Delivered Women And Their Babies* [Em linha]. London: National Collaborating Centre For Primary Care And Royal College Of General Practitioners, 2006 [Consultado a 12 Abril 2017]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/evidence/full-guideline-485782237>

DILMEN, U. ET AL. *The effects of immersion in water on labor, birth and newborn and comparison with epidural analgesia and conventional vaginal delivery* [Em linha]. Turkish-German Gynecological Education and Research Foundation. 2012, Vol.13. p. 45-59 [Consultado a 9 Janeiro 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24627674>

Di Naro, E. et al. Umbilical cord morphology and pregnancy outcome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2001; 96: 150–7.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS). Norma Direção Geral de Saúde nº 037/2011 de 30/09/2011 atualizada a 20/12/2013.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS). Programa Nacional de Vacinação, 2017.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância. Manual de Orientação para Profissionais de Saúde, 2005.

ELLIS, A. ET AL. *Systematic Review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents and healthcare professionals experiences* [Em linha]. *BMC Pregnancy and Childbirth*; Pubmed, 2016. [Consultado a 6 Novembro 2016]. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-0806-2>

ESCOLA SUPERIOR ENFERMAGEM DO PORTO (ESEP). *Regulamento do segundo ciclo de estudos*. Porto, 2010.

FAME. Iniciativa Parto Normal. Guía para madres y padres. Pamplona. Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2011.

FERNANDES, J. ET AL. *Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido* [Em linha]. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 2011, vol. 86, sup. 1, p. 102-110 [Consultado a 20 Abril 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000100014.

FLORENTINO, D. ET AL. *A fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em cuidados paliativos* [Em linha]. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 2012, vol. 11, n. 2 [Consultado a 22 Dezembro 2016]. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=326

FREITAS, F. *Rotinas em obstetrícia*. 6ª ed. Porto Alegre : Artmed, 2011

BECK, D., ET AL. *Cuidados ao Recém-nascido* [Em linha]. Manual de Consulta. Save the Children Federation, 2004 [Consultado a 10 Janeiro 2017]. Disponível em: <https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Cuidados-ao-Recem-Nascido-Manual-de-Consulta.pdf>

GABBI, S. ET AL. *Obstetrícia. Gravidez Normal e Patológica*. 6ª edição. Elsevier, 2015.

GILBERT, E e HARMON, J. *Manual prático de gravidez e parto de alto risco*. 2ª edição. Revinter, 2002.

GIUGLIANI, E. *Problemas comuns na lactação e seu manejo* [Em linha]. *Jornal de Pediatria: Rio de Janeiro*, vol. 80 no. 5, 2004 [Consultado a 20 Março 2017]. Disponível em: <http://www.ibfan.org.br/documentos/outras/nov%202004%20giugliane.pdf>

GOLDBERG, S e DIVITTO, B. *Parenting children born prematurely*. Handbook of Parenting, 2008, Vol. 1, p. 209-230.

ORFÃO, A e GOUVEIA, C. *Apontamentos de Anatomia e Fisiologia da Lactação*. Revista Portuguesa Clínica Geral, 2009; 25: 347-54.

GRAÇA, L. *Medicina Materno-Fetal*. 4ª Edição: Lidel, 2010.

HOCKENBERRY, M. e WILSON, D. Wong - *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 8ª edição. Elsevier, 2011.

HODNETT E. ET AL. *Continuous support for women during childbirth*. Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 2. Chichester: John Wiley and Sons Ltd, 2011.

HODNETT, E. ET AL. *Continuous support for women during childbirth*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013.

HODNETT, E. ET AL. *Alternative versus conventional institutional settings for birth*. Cochrane Database, 2012.

JEANDIN-LIVET, M. *Le diagnostic de menace d'accouchement premature [Em linha]*. Université Claude Bernard Lyon. 2009-2013, p. 1-81. [Consult. 2015-10-15]. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:7aBUGnv-aQ4J:bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/b4b705e0-73aa-4515-b586-4b39840f0ad7/blobholder:0/Msfb_2013_JEANDIN-LIVET_Marine.pdf+&cd=5&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt

KIM,S. *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing [Em linha]*. New York: Spring Publishing Company, 2010, vol. 13, p. 340. [Consultado a 10 Março 2017]. Disponível em: <http://media.axon.es/pdf/79516.pdf>

KOOPMANS, L. et al. *Support for mothers, fathers and families after perinatal death [Em linha]*. Cochrane Database Syst.Rev, 2013. [Consultado a 6 Novembro 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23784865>

LAWRENCE, A. ET AL. *Maternal positions and mobility during first stage labour [Em linha]*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1. Chichester: John Wiley & Sons, 2009. [Consultado a 20 Setembro 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19370591>

LEASK, K. *Evidence for healing interventions with perinatal bereavment [Em linha]*. The American Journal of maternal child nursing, Pubmed, 2005. [Consultado a 29 Novembro 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16260944>

LEVIN, R. e JACOBS, S. *Developing and evaluating clinical practice guidelines: a systematic approach*. In M. Boltz, et al. Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. 4ª. New York : Springer Publishing Company, 2008.

LEVY, L. e BÉRTOLO, H. *Manual do Aleitamento Materno [Em linha]*. Lisboa: Comité Português para a Unicef/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Recém-nascidos, 2012. [Consultado a 11 Dezembro 2016]. Disponível em: https://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf

LINHARES,S. ET AL. *Influência intergeracional no cuidado do coto umbilical do recém-nascido [Em linha]*. Texto Contexto Enfermagem, 2012, 21(4), 828-36. [Consultado a 20 Novembro 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/13.pdf>

LISBOA, R. ET AL. *Intervenção Psicológica em Situação de Internamento Obstétrico [em linha]*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1995, vol 13: 67-72. [Consultado a 23 Dezembro 2016] Disponível em: http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3128/1/AP_1995_12_67.pdf

LOPES, C e PEDRO, S. *Pele do Recém-Nascido: cuidados essenciais para a proteger*. Informar, Ano XI, nº34, 2005, p. 58-62;

LOWDERMILK, D. e Perry, S. 2008. *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures : Lusodidacta, 2008.

LOWE, N. *The nature of labor pain* [Em linha]. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 5, 2002, Vol. 186, p. 16-24. [Consultado a 14 Maio 2017]. Disponível em: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(02\)70179-8/fulltext](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(02)70179-8/fulltext)

LUTZ, K. e MAY, K. *The impact of high risk pregnancy on the transition to parenthood*[Em linha]. International Journal of Childbirth Education. ISSN: 0887-8625. Vol.3, nº 22 (Sept./ 2007), p. 20-22. [Consultado a 20 Agosto 2017]. Disponível em: <https://search.proquest.com/openview/1af7b092b14cf9b027d2ee2b05703c5e/1?pqorigsite=scholar&cbl=32235>

MACARTHUR, A. *Postpartum Analgesia* [Em linha]. Revista Mexicana de Anestesiologia, Vol. 28., 2005. [Consultado a 20 Dezembro 2016]. Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=17550095&lang=pt-br&site=ehost-live>>

MACHADO, A. *Epidemiologia da Ameaça de Parto Pré-termo e do Trabalho de Parto Pré-termo*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2012. Estudo retrospectivo no Centro Hospitalar do Porto relativo ao ano 2010.

MAFETONI, R e SHIMO, A. *O Uso da Acupressão para Evolução do Trabalho de Parto e Alívio da Dor* [Em linha]. Cogitare enferm. 2013 abr/jun; 18(2):365-71. [Consultado a 10 Junho 2017]. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32587>

MALONI, J. *Antepartum Bed Rest for Pregnancy Complications: Efficacy and Safety for preventing Preterm Birth* [Em linha]. Biol Res Nurs OnlineFirst Agosto, 2016, p. 1-19. [Consult. 2016-11-23]. Disponível em: <http://www.mamasonbedrest.com/wp-content/uploads/2010/03/2010-Bio-Res-Nrsg-AP-BR-PTB.pdf>

MAMEDE, F. ET AL. *Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto* [Em linha]. Esc Anna Nery R Enferm, 2007. [Consult. 10 Dezembro 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a23>

MARSHALL, J.e RAYNOR, M. *Myles textbook for midwives*. London: Elsevier, LTDA,16ª edição, 2014.

MCCONNELL, T, ET AL. *Trends in Umbilical Cord Care: Scientific Evidence for Practice* [Em linha]. Newborn and Infant. Nursing Reviews, 2004, vol. 4, sup. 4, p. 211-222. [Consultado a 10 Junho 2017].Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1527336904000972>

MELEIS, Et Al. *Experiencing Transitions:na emerging-range theory*. Advances in nursing science, 2000, vol. 23, p 12-28.

MELEIS, A. *Transitions Theory: Middle-Range and Situations Specifis Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, 2010.

MELLO, A. e NEME, B. *Puerpério: Fisiologia e Assistência*. In: NEME, B. Neme: Obstetrícia Básica. São Paulo: SARVIER, 2005. p. 195-204.

MEZZACAPPA, M e FERREIRA, B. *Perda de peso excessiva em recém-nascidos a termo amamentados exclusivamente ao seio materno em um Hospital Amigo da Criança* [Em linha]. Revista Paulista Pediatria, 2016;34(3):281-286. [Consultado 13 Maio 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rpp/v34n3/pt_0103-0582-rpp-34-03-0281.pdf

MILLS,T. ET AL. *Parents experiences and expectations of care in pregnancy after stillbirth or neonatal death:a metasynthesis* [Em linha]. International Journal of obstetric and gynaecology; Pubmed, 2014. [Consultado a 9 Novembro de 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24589119>

- MIRANDA, J. ET AL. *Evidências para as práticas de cuidado do coto umbilical* [Em linha]. Rev enferm UFPE on line., Recife, 2016, 10(Supl. 2): 821-9. Revisão integrativa. [Consultado a 20 Maio 2017]. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/8393>
- MONTENEGRO, C. e FILHO, J. *Obstetrícia fundamental*. 12ª edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011.
- MONTENEGRO, N. ET AL. *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 3ªedição. Lisboa:Lidel, 2014.
- MORO, M. *Os ingredientes da parentalidade* [Em linha]. Revista Latino americana de Psicopatologia Fundamental, 2005, p. 258-73. [Consultado a 23 Fevereiro 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142005000200258&script=sci_abstract
- SILVA, L. ET AL. *Uso da bola suíça no trabalho de parto*. *Acta Paul Enfermagem*, 2011, nº24 (5) – 656-62.
- NÉNÉ, M. ET AL. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel, 2016.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Livro de Bolso Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e obstetricia. Pontos chave na assistência da parteira* [Em linha].Lisboa:Ordem dos Enfermeiros, 2015. [Consult. 22 Nobembro 2016]. Disponível em:http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf
- NATIONAL INSTITUTE OF CLINICAL EXCELLENCE (NICE). *Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies during Childbirth*. London, 2007.
- NATIONAL INSTITUTE OF CLINICAL EXCELLENCE (NICE). *Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies*. London, 2014.
- OLÍVIA, M. e SALGADO, M. *Cuidados Básicos de Puericultura ao Recém-nascido*. Hospital Pediátrico de Coimbra, Revista de saúde Infantil, 2003, vol 25/2.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (Vol. 2). Ordem dos Enfermeiros, 2011.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica* [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Parecer: Procedimento de cuidados perineais à puérpera durante o internamento hospitalar* [Em Linha] . Lisboa: OE, 2011
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Livro de Bolso–Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras* [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2015.
- ÓRFÃO, A. e GOUVEIA, C. *Apontamentos de Anatomia e Fisiologia da Lactação*. Revista Portuguesa Clínica Geral, 2009; 25: 347-54.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Assistência ao parto normal*. Genebra, 1996.
- PINELLI, S. e ABRÃO,V. *Adaptação Materna e Neonatal*. In: BARROS, O. *Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: Guia para a Prática Assistencial*. 2 ed. São Paulo: ROCA, 2009.

PINHEIRO, L e PINHEIRO, A. *A pele da criança. A cosmética infantil será um mito?* [Em linha]. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 2007, vol. 38, sup. 5, p. 200-208. [Consultado a 15 Junho 2017]. Disponível em: <http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/4697/3520>

PINHEIRO, A. ET AL. *Pelo direito ao parto normal, uma visão partilhada* [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012. [Consultado a 20 Janeiro 2017]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/livro_parto_normal.pdf

RACINET, C. *Positions maternelles pour l'accouchement*. Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 2005, Volume 33, n° 7-8, pag. 533-538 .

REGO, J. *O Papel do Pai na Amamentação*. In: ISSLER, Hugo. *O Aleitamento Materno no Contexto Atual: políticas, práticas e bases científicas*. São Paulo: SARVIER, 2008, p. 11-17.

RICCI, S. *Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

ROBERTS, J. *The “push” for the evidence: management of the second stage* [Em linha]. *J. Midwifery Womens Health* 47(1): 2-15, 2002. [Consultado Acedido a 10 Maio 2017]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11874088>

ROBERTSON, A. *Preparing for birth: mothers: background notes for pre-natal classes*. 3ª ed. Sidney(AU), ACE Graphics, 2000.

RONCONI, A. ET AL. *Dor e satisfação durante o trabalho de parto em primigestas: Visão da parturiente e do obstetra* [Em linha]. *Revista Dor*, 2010, vol. 11 (4) 277-281. [Consultado a 10 Junho 2017]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n4/a1647.pdf>

ROUSSEL, L. *Família. Justificação ou Facto? Que Futuro para o Bebê XXI*. *Bebê XXI – Criança e Família na Viragem do Século*, Pag. 81-98. Textos do Simpósio Internacional Bebê XXI. João Gomes-Pedro e Madalena Folque Patrício. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1995.

ROY, M. ET AL. *Las posturas de la mujer de parto en fase de expulsivo: revisión de la evidencia científica y recomendaciones*. *Medicina Naturista*, 8 (1), 23-30, 2014.

SANTOS, A E CAVEIÃO, C. *A Importância da Assistência de Enfermagem no Puerpério para Redução da Morbi-mortalidade Materna* [Em linha]. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, vol.6 n.3, jul/dez 2014. [Consultado a 10 Março de 2017]. Disponível em: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/327>

SANTOS, C. *História de vida de gestantes de alto risco na teoria transcultural de enfermagem de Madeleine Leininger*. Rio de Janeiro: Tese de Doutorado - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Ana Nery/ Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003.

SANTOS, L. ET AL. *Analgesia no Trabalho de Parto*. *Arquivos MAC*, 2004.

SARMENTO, R. E SETÚBAL, M. *Abordagem psicológica em obstetrícia. Aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério* [Em linha]. *Rev. cienc. Medi. Campinas*, 2003, Vol. 12 (3), p. 261-268 [Consultado a 16 Novembro 2016]. Disponível em: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/viewFile/1260/1235>

SCHMID, V. *El Dolor del Parto. Una nueva interpretación de la fisiología y la función del dolor*. Tenerife: Editorial Obstare, 2010.

SEABRA, J. *O choro do bebê* [Em linha]. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade e Coimbra, 2009. [Consultado a 20 Abril 2017]. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0503.pdf>

SERVIÇO DE GINÉCOLOGIA E OBSTÉTRICA HOSPITAL SÃO JOÃO. *Cuidados ao recém-nascido* [Em linha]. Centro Hospitalar São João, 2013. [Consultado a 16 Março 2017]. Disponível em: http://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/192/Cuidados_ao_RN.pdf

SILVA, A. e DADAM, S. *Parto Humanizado ou Parto Mecanizado*. Curitiba: Encontro Paranaense, 2008.

SILVA, L. ET AL. *Posições maternas no trabalho de parto e parto* [Em linha]. FEMINA, Fevereiro 2007, vol 35, nº 2. [Consultado a 20 Dezembro 2016]. Disponível em: <http://institutonascere.com.br/wp-content/uploads/2014/03/Femina352p101-61.pdf>

SILVA, D., ET AL. *O Enfermeiro e a Educação em Saúde: um estudo bibliográfico* [Em linha]. Revista Enfermagem da UFSM, 2012, 2(2), 412-419. [Consultado a 1 Junho 2017]. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2676>

SIMKIN, P. e ANCHETA, R. *The labor progress handbook. Early interventions to prevent and treat dystocia* (3rd ed.). UK: Wiley-Blackwell, 2013.

SIMKIN, P. e O'HARA, M. *Non pharmacological relief of pain during labour: Systematic reviews of five methods*. *American J Obstet Gynecol*, 2002, 186, 131-59.

SINGATA, M. ET AL. *Restricting oral fluid and food intake during labour (Review)* [Em linha]. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013. [Consultado a 12 Junho 2017]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003930.pub3/abstract;jsessionid=20742CA46C16DEEC0915227E9C047C79.f04t04>

SINGH, D e NEWBURN, M. *Feathering the nest: what women want from the birth environment* [Em linha]. 2006. *Midwives*, 9(7): 266-269. [Consult. 22 Dezembro 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16886787>

SWANSON, K. *Effects of caring, measurement, and time on miscarriage impact and women's well-being* [Em linha]. *Nursing Research*, 1999, 48(6), 288-298. [Consultado a 20 Setembro 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10571496>

SOBEL, H., ET AL. *Immediate newborn care practices delay thermoregulation and breastfeeding initiation*. *Acta Paediatrica*. nº 100, 2011. ISSN 0803-5253. Sociedade Portuguesa de Contraceção- CONSENSO SOBRE CONTRACEPÇÃO, 2011.

Sociedade Portuguesa de Pediatria - Consensos de Neonatologia. Coimbra, 2004 .

SOSA, C., ET AL. *Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth* [Em linha]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015, ed. 3, nº CD003581, pag. 1-21. [Consult. 21-12-2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003581.pub3/epdf>

SOUZA, K. ET AL. *A consulta puerperal: demandas de mulheres na perspectiva das necessidades sociais em saúde* [Em linha]. *Rev gaúch enferm*, Porto Alegre, v. 29, n. 2, pag. 175-181, jun. 2008. [Consultado a 15 Junho 2017]. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5532>

SOUZA, M. ET AL. *Revisão integrativa: o que é e como fazer*. Einstein, 2010.

THE ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. *Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour*. Support women in labour, 2012.

TRINDADE, A. e DALMÉDICO, M. *Violência Institucional Obstétrica no Brasil: A Contramão do Protagonismo da Mulher*. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, N.º 17, 2016.

TROTTER, S. *Care of The Newborn:proposed new guidelines* [Em linha]. British Journal Of Midwifery, 2004, vol.12, nº3. [Consultado a 24 Abril 2017. Disponível em: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjom.2004.12.3.15362>

VELHO, M. ET AL. *Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente* [Em linha]. Ver.Bras.Enferm, 63:4 (2010) 652-659. [Consultado a 13 Março 2017]. Acedido em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400023

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Care in Normal Birth: a Practical guide*. Geneva: Department of Reproductive Health & Research, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *10 facts on breastfeeding*, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*. Geneva, 2012.

ZAMPIERI, M. *Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes* [Em linha]. R. gaúcha Enferm. Porto Alegre, 2001, v.22, n.1, pag. 140-166 [Consultado a 30 Setembro 2016]. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4356>

Zugbaid, M. *Obstetrícia*. São Paulo: 1ª ed. Editora Manole Ltda, 2008.

ANEXOS

Anexo I- Classificação das práticas no parto normal do guia da OMS

Classificação das práticas no parto normal do guia da OMS			
Categoria A – Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas:	Categoria B – Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas	Categoria C – Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes necessita de mais pesquisas que esclareçam a questão	Categoria D – Práticas frequentemente usadas de modo inadequado
1. Elaborar um plano individual de assistência no parto explicitando o local e o profissional de saúde que assistirá ao nascimento, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado ao seu marido/companheiro e, se aplicável, a sua família; 2. Avaliação do risco gestacional durante o período pré-natal, reavaliado em cada contacto com o sistema de saúde, e no primeiro momento durante o trabalho de parto, e ao longo destes; 3. Monitorização do bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, bem como no final do processo do	Categoria B – Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas: 1. Uso rotineiro de enemas; 2. Uso rotineiro de tricotomia; 3. Infusão intravenosa de rotina do trabalho de parto; 4. Cateterização venosa profilática de rotina; 5. Uso rotineiro de posição supina	1. Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação dos nervos; 2. Amniotomia precoce de rotina no primeiro período do trabalho de parto; 3. Pressão no fundo do útero durante o trabalho de parto; 4. Manobras relacionadas com a protecção do períneo e manejo do pólo cefálico no momento do parto;	1. Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto; 2. Controle da dor por agentes sistémicos; 3. Controle da dor por analgesia epidural; 4. Monitorização electrónica fetal; 5. Uso de máscaras e aventais estéreis na assistência ao trabalho de parto; 6. Exames vaginais

<p>nascimento; 4. Oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto; 5. Respeitar a escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações; 6. Proporcionar assistência obstétrica num nível mais periférico de cuidados onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sinta segura e confiante; 7. Respeito pelo direito da mulher à privacidade no local do parto; 8. Promover um relacionamento empático durante o trabalho de parto e parto; 9. Respeitar a escolha da mulher, acerca dos seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto; 10. Proporcionar às mulheres todas as informações e explicações que desejarem; 11. Proporcionar às mulheres métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto e parto; 12. Monitorização fetal por meio de auscultação intermitente; 13. Usar materiais descartáveis e esterilização de materiais reutilizáveis ao longo do trabalho de parto e parto; 14. Usar luvas no exame vaginal, durante o parto e no manuseio da</p>	<p>durante o trabalho de parto; 6. exame retal; 7. Uso de pelvimetria por raio-X; 8. Administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto, de modo, a que não permita controlar os seus efeitos; 9. Uso de rotina da posição de litotímia, com ou sem pernas durante o trabalho de parto; 10. Esforço de puxo prolongado e dirigidos (manobra de Valsava) durante o segundo período do trabalho de parto; 11. Massagens e distensão do períneo durante o segundo período do trabalho de parto; 12. Uso de comprimidos orais</p>	<p>5. Manipulação activa do feto no momento do parto; 6. Uso de ocitocina de rotina, tracção controlada do cordão, ou a sua combinação durante o terceiro período do trabalho de parto; 7. Clampe precoce do cordão umbilical; 8. Estimulação do mamilo para aumentar a contractilidade uterina durante o terceiro período do trabalho de parto.</p>	<p>repetidos e frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviços; 7. Correção da dinâmica uterina com utilização de ocitocina; 8. Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo período do trabalho de parto; 9. Cateterização da bexiga; 10. Estímulo para puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a própria mulher sinta o puxo involuntário; 11. Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo período do trabalho de parto, como</p>
---	---	--	---

placenta; 15. Proporcionar liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto; 16. Estimular a adopção de posições não supinas durante o trabalho de parto; 17. Monitorização da evolução do parto, por exemplo, por meio de uso do partograma da OMS; 18. Administração profiláctica de ocitocina no terceiro período do trabalho de parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que corram perigo em consequência da perda de pequena quantidade de sangue; 19. Condições estéreis ao cortar o ordão umbilical; 20. Prevenção de hipotermia do recém-nascido; 21. Contacto cutâneo direto precoce entre mãe e filho, e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as directrizes da OMS sobre aleitamento materno; 22. Exame de rotina da placenta e membranas ovulares.	de ergometrina no terceiro período do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias; 13. Uso rotineiro de ergometrina parentérica no terceiro período do trabalho de parto; 14. Lavagem uterina depois do parto; 15. Revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto.		por exemplo uma hora, se as condições maternas e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto; 12. Parto cirúrgico; 13. Uso liberal e rotineiro de episiotomia; 14. Exploração manual do útero após o parto.
--	---	--	--

Fonte: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – Assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico. Genebra: OMS, 1996, p. 54.